ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES.

Liste des Journaux reproduits ou consultés pour la rédaction de l'Encyclographie.

JOURNAUX BELGES.

Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.
Annales de la Société de médecine de Gand.
Annales de la Société de médecine d'Anvers.
Annales de la Société de médecine de la province d'Anvers.
Annales de la Société médico-chirurgicale de Verviers.
Annales de la Société de médecine de Verviers.
Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Malines.

JOURNAUX FRANÇAIS.

Annales de la chirurgie française et étrangère.
Annales médico-psychologiques.
Annales de thérapeutique de Rognetta.
Annales d'hygiène publique et de médecine lég.
Annales de chimie et de physique.
Annales des maladies de la peau.
Archives générales de médecine.
Archives de médecine comparée; par M. Rayer.
Bulletin de thérapeutique.
Bulletin médical de Bordeaux.
Bulletin des Académies.
Clinique de Montpellier.
Clinique de Marseille.
Expérience.
Gazette médicale de Paris.
Gazette des hôpitaux.
Gazette médicale de Montpellier.
Gazette médicale de Strasbourg.
Journal de médecine et de chirurgie de Toulouse.
Journal des connaissances médicales.
Journal des connaissances médico-chirurgicales.
Journal de médecine de Lyon.
Journal de médecine de Nantes.
Journal de médecine de M. Trousseau.
Journal de chirurgie de M. Malgaigne.
Journal de pharmacie.
Journal de chimie médicale.
Journal de la Société de médecine de Montpellier.
Revue médicale.
Revue magnétique.

ENCYCLOGRAPHIE

DES SCIENCES MÉDICALES.

6e Série, t. VIII. — AOUT 1845. — Encyclogr., t. 156.

1re PARTIE.

ARCHIVES DE LA MÉDECINE BELGE

ET REVUE DES JOURNAUX BELGES.

2me PARTIE.

BULLETIN

DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

3me PARTIE.

REPRODUCTION

ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

SOMMAIRE DES ARTICLES CONTENUS DANS CE VOLUME.

Archives de la médec. belge, p. 181-240.

Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique.

I. Physiq., Chimie et Botan. médic.
II. Hygiène, Diététiq., Pharmacol. et Toxic.
III. Anatomie et Physiol. 1.
IV. Pathologie, Thérapeut. et Clinique méd. 2—7.
V. Accouchem., Maladies des femmes et des enf. 8, 9.
VI. Chirurgie, Orthop. et Ophthalm. 10—13.
VII. Phrén., Mal. mentales.
VIII. Mal. des voies gén.-ur. 14, 15.
IX. Maladies syphilitiques. 16.
X. Médecine légale et Police méd.
XI. Médecine vétérinaire.
XII. Généralités. 17.
Clinique des hôpitaux et des maisons d'aliénés.
Sociétés savantes, pag. 228—254.
Revue analytique des journaux étrangers.
Notices bibliographiques. 18.
Monographies.
Mélanges. 19, 20.

BRUXELLES,

IMPRIMERIE ET LIBRAIRIE ENCYCLOGRAPHIQUES DES SCIENCES MÉDICALES DE N.-J. GREGOIR, ÉDITEUR, FOSSÉ-AUX-LOUPS, 66.

1845.

Digitized by the Internet Archive
in 2019 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/s1id13298680

ARCHIVES

DE LA

MÉDECINE BELGE.

(AOUT 1845.)

TOPOGRAPHIE MÉDICALE DU CANTON DE CONTICH (PROVINCE D'ANVERS);

Par le docteur PEUTERMANS, membre correspondant de la Société de médecine pratique de la province d'Anvers, de la Société de médecine d'Anvers, etc.

« Il importe de vous rappeler que les localités « exercent une influence telle sur l'homme, qu'elles « modifient sa santé et ses maladies, qu'elles ré- « elament par conséquent des ressources thérapeu- « tiques mises à la disposition de notre art, et qui « ne seront pas pour le paysan ce qu'elles sont « pour l'habitant des villes. »

MUNARET.

Le canton de Contich est un des plus beaux, des plus agréables et des plus florissants de la province d'Anvers. Situé à deux lieues sud de la capitale de la province, il est borné au nord par le canton de Wilryk, au sud par la Nèthe et le Rupel, à l'est par l'Escaut, et à l'ouest par le canton de Lierre et de Duffel. Son étendue est de deux lieues du nord au sud, et de trois lieues de l'est à l'ouest. Sa population est d'au delà de vingt-cinq mille âmes, réparties dans les onze communes suivantes dont il se compose, savoir : Hove, Edeghem, Contich, Aertselaer, Hemixhem, Schelle, Niel, Boom, Rumpst, Reeth et Waerloos (1). Le sol est d'une constitution argilo-sablonneuse, mêlée en diverses proportions avec de l'oxyde de fer qui en change la couleur du gris au jaune, au brun et au noir. La partie sablonneuse domine dans les lieux les plus élevés. La partie argileuse est

(1) Ici l'auteur a donné une description spéciale de chacune de ces onze communes. La Société a cru pouvoir se dispenser de faire imprimer cette partie de son travail, parce que ces détails, bien que très-curieux, n'ont que des rapports trop indirects avec la partie médicale du travail.

prédominante dans les endroits riverains de l'Escaut et du Rupel. On trouve une partie tourbeuse à la proximité du Rupel, à Niel, et une superficie de terrain qui longe la rivière le Rupel et l'Escaut, d'une étendue de plus de 200 bonniers, connue sous le nom de *Polders*, et qui est de nature argilo-marneuse.

La superficie du sol de ce canton est en général unie, et présente une espèce de banc de sable dont la constitution se rapproche assez de celle du terrain des bruyères, et qui est très-élevé et s'étend de l'est à l'ouest en parcourant les limites de Schelle et de Niel, celles de Boom, Aertselaer et Reeth, localité dont il traverse le centre pour se rendre dans celui de la commune de Waerloos. Une autre élévation, parallèle à celle-ci, se dirige de l'Escaut aux environs de St-Bernard, passe la *Ferme bleue (Schalie Hoef)*, à Hemixhem, et se dirige vers Wilryk. Les terrains compris entre ces deux éminences sont inclinés en sens inverse vers le *Bovenvliet*, qui en occupe le centre, et qui, en partant de l'Escaut, aux environs de St-Bernard, est navigable jusqu'au *Molenbrug* (dépendance d'Hemixhem), ensuite coule en ruisseau à travers le territoire d'Aertselaer et Wilryk, vers celui de Contich. La disposition de ces terrains et leur nature coquilleuse en certains endroits sont des preuves que ceux-ci ont jadis formé le lit d'une vaste rivière.

La couche argileuse qui se trouve répandue en grande abondance dans le canton est cause de la formation de quelques petits marais qu'on rencontre par ci par là dans les environs de Waerloos, Edeghem, Rumpst, Niel, Boom et Hemixhem.

L'air qu'on respire dans ce canton est pur ; ce qui a été prouvé par des expériences multipliées : l'hydromètre y fait connaître une prédominance d'hydrogène. La fréquence des orages y prouve une surabondance en fluide électrique.

La température y est plus basse à l'est et au sud que dans les autres endroits ; ce qui doit être en partie attribué au voisinage des deux grandes rivières, le Rupel et l'Escaut, qui arrosent le territoire de ces côtés.

La masse d'eau pluviale qui tombe dans l'année, et la constitution du terrain qui retient une partie de cette eau, sont les causes d'un phénomène météorologique qu'on observe vers la fin du printemps et pendant l'automne. Quand la température est élevée pour la saison, on aperçoit, quelque temps après le coucher du soleil, et plus encore dans la nuit, une couche de vapeurs, élevée d'un mètre environ dans les airs, et ayant la forme d'un voile léger, de quelques mètres d'épaisseur, suspendu entre le ciel et la terre : c'est à ce brouillard qu'on a longtemps attribué les fièvres

printanières et automnales qui attaquent fréquemment les habitants riverains. Quoi qu'il en soit, ces vapeurs exhalent quelquefois une mauvaise odeur, et quoique l'analyse chimique n'y ait pas encore pu découvrir jusqu'ici la présence de substances délétères, il est certain que les nerfs olfactifs en sont désagréablement affectés, et qu'il se pourrait bien que ces vapeurs recélassent des agents propres à détériorer notre organisation.

La disposition du terrain, qui ouvre le canton aux vents d'est et du nord-est, contribue beaucoup à augmenter l'humidité de l'air atmosphérique ; ce qui est assez démontré par la prompte oxydation des métaux.

Pendant l'hiver, qui commence de bonne heure et finit tard, ce sont les vents du nord et de l'est qui prédominent : cette saison y est généralement froide et humide.

Le printemps n'est que le prolongement de l'hiver, accompagné de fortes bourrasques qui soufflent dans la même direction : cette saison n'offre en général que peu de beaux jours.

L'été est variable et tempéré; les nuits sont froides et humides : on n'éprouve une véritable chaleur que pendant les mois de juillet et d'août. L'automne offre parfois de beaux jours.

Les vents du sud-est jusqu'au nord-est, en passant par l'est, sont ceux qui dominent pendant la plus grande partie de l'année.

Les vents d'est sont favorables à la végétation jusqu'au mois de mars, mais très-préjudiciables lorsqu'ils se prolongent trop tard.

Si maintenant on considère qu'outre deux grands fleuves, le sol de ce canton est sillonné par une foule de ruisseaux qui le traversent en serpentant en diverses directions, on aura trouvé les causes de la température basse et humide de l'air qu'on y respire. Les plus remarquables de ces cours d'eau sont le *Schelle-Vliet*, le *Babelc-Wasbeek*, le *Rollebeek*, le *Cartochschebeek*, le *Struysbeek*, le *Mandoulschebeek* et le *Wallebeek*.

Ces divers cours d'eau sont en grande partie formés et alimentés par les pluies, et ne contiennent pas de poissons. Le Rupel et l'Escaut, au contraire, en fournissent en abondance. Les principales espèces qu'on y trouve, en certaines circonstances, sont la lamproie, la raie blanche et bouclée, l'anguillet, l'esturgeon, l'anguille, le congre, le merlan, la sole, le turbot, la plie, le hareng, la sardine, l'alose, l'anchois, le saumon, l'éperlan, la perche de rivière, la carpe, le barbeau, la tanche, le goujon, la brême, le brochet, la loche franche, le crabe, la crevette ou salicoque, etc.

Le sol de ce canton est cultivé avec beaucoup de soin, au moyen de la bêche et de la charrue ; la science des assolements

y est parfaitement bien entendue : les carottes, les navets, les plantes fourragères, alternent avec succès les récoltes des grains et servent à l'élevage des bestiaux.

Les productions les plus usuelles et les plus remarquables, sous le point de vue de l'utilité générale, sont : du froment, du seigle, de l'orge, de l'avoine, du sarrasin, du lin, du colza, de la camomille, des pommes de terre, des navets, des carottes, des panais, des betteraves, du foin, des trèfles, de la spergule, des fèves de diverses sortes, des haricots, des choux blancs, rouges, verts, et diverses sortes de laitues, des asperges, des oignons, et d'autres légumes; différentes espèces de fruits, tels que des pommes, des poires, des cerises, des prunes, des pêches, des abricots, des noix, et peu de raisin ; diverses natures de bois, principalement des chênes, des peupliers d'Italie et du Canada, des aunes, des frênes et des ormes.

Peu de bois sont groupés en bouquets. Disseminés en lignes servant de démarcation aux diverses propriétés, ils contribuent à l'assainissement et à l'embellissement de ces contrées.

Tel est donc l'état actuel du canton ; mais lorsqu'on réfléchit que jadis tout ce pays n'était qu'une épaisse forêt traversée par une large rivière qui, à chaque marée, inondait une vaste surface de terrain qu'elle convertissait en marais que la chaleur du soleil ne pouvait dessécher, et que les lieux incultes réfléchissaient à leur tour les rayons caloriques, on peut se faire une idée du froid humide qui devait y régner continuellement.

Après avoir parlé du climat et de la constitution du sol, nous tâcherons d'esquisser l'histoire naturelle du canton, et nous ferons plus ample connaissance avec les diverses productions de ces lieux.

Le règne minéral ne nous offre que la substance argileuse, qui est exploitée sur une grande échelle par les briqueteries pour la confection de pots de ménage, de briques, de tuiles, dans les communes de Boom, Niel, Hemixhem, Rumpst et Contich. Nous ne possédons ni mines ni sources d'eaux minérales. L'eau qu'on y trouve est très-potable, et provient plutôt de l'infiltration des pluies que des sources lointaines ; elle est transparente, incolore et inodore, dissout le savon à chaud comme à froid, et ne durcit pas les légumes qu'on y fait bouillir. Cependant les ménagères lui préfèrent l'eau de pluie, qui tombe des toits, pour faire la lessive de leur linge; celle qui a été soumise à l'analyse chimique n'a fourni que très-peu de sels, parmi lesquels le sulfate et l'hydrochlorate de chaux dominaient. Dans celle qui était prise près des côtes, il y avait une petite quantité de mu-

riate de soude ; ce qui est probablement dû à l'infiltration d'une petite quantité d'eau de rivière dans les sources des puits.

La flore de ce canton est très-nombreuse ; ce qui doit être attribué à la nature du sol, qui tient de la constitution de celui des bruyères, des polders, des marécages : il est de bonne qualité et possède une épaisse couche de terre végétale (1).

— Après avoir énoncé et décrit les produits minéraux, végétaux et animaux du canton, l'auteur continue ainsi.

De tout ce qui précède, il résulte que les oiseaux aquatiques sont les plus nombreux dans ce canton, soit qu'ils passent, soit qu'ils y nichent ; ce qui prouve encore la nature humide de ces localités.

Les reptiles et les insectes qui méritent quelque mention, comme pouvant intéresser le médecin par leur action nuisible sur l'homme, sont la couleuvre, qui est cependant assez rare dans les parties boisées, certaines araignées des caves et des champs, les abeilles, les guêpes, les bourdons, les cousins et les fourmis rousses.

Quoique la morsure de ces animaux soit en général peu dangereuse, il y a cependant des exemples qui prouvent que, chez des enfants ou même des adultes atteints dans des endroits délicats par ces animaux, ces morsures ne sont pas toujours à l'abri de danger, et que, dans certaines circonstances, il a été nécessaire d'opposer un traitement actif et rationnel à leurs effets consécutifs.

Après avoir passé en revue les diverses productions minérales, végétales et animales du canton, nous allons faire connaître les rapports hygiéniques, physiologiques et pathologiques qui existent entre la localité et ses habitants.

Le total de la population du canton est de plus de vingt-cinq mille âmes. La constitution en masse est assez satisfaisante. Les habitants des communes orientales et les cultivateurs sont généralement d'une plus haute taille, plus sains de corps et plus robustes que les habitants des endroits riverains, les petits ouvriers et les briquetiers. Le système sanguino-lymphatique est prédominant chez les uns, tandis que le lymphatico-nerveux l'est chez les autres.

La nourriture habituelle se compose en général de pain de

(1) Par les mêmes motifs qui nous ont déterminés à ne pas faire imprimer la description particulière de chaque commune du canton, nous n'avons pas cru devoir exposer ici la flore du canton que l'auteur avait décrite à cette partie de son mémoire. Pour les mêmes raisons aussi, nous ne donnerons point la nomenclature des animaux et des minéraux que l'auteur détaille à la suite de sa flore.

froment ou de seigle, de pommes de terre, de choux, de carottes, de navets, de fèves, de haricots, de pois, et de toutes sortes de légumes ; de fruits, tels que des cerises, des pommes, des poires, peu de prunes, peu de pêches, des abricots, des châtaignes et des noix; et, pour le règne animal, de viande de vache, de bœuf, de veau, de cochon, de mouton et de chèvre.

Les habitants des côtes se nourrissent de moules, d'anguilles, de carpes et d'autres poissons qu'ils pêchent dans la rivière : partout on mange de la morue sèche et salée, ainsi que des laitages, des œufs, du beurre, du fromage frais et du fromage sec et salé.

La boisson consiste en eau, bière, café, thé, peu de vin, et du genièvre ou d'autres boissons spiritueuses.

Les ouvriers, les agriculteurs et les bourgeois font pour la plupart quatre repas. C'est ordinairement le matin à huit heures qu'a lieu le déjeuner, auquel ils mettent environ une demi-heure ; de midi jusqu'à une heure, ils dînent ; à quatre heures, ils font le goûter, pour lequel ils ont encore une demi-heure, et le soir, à sept ou huit heures, ils soupent après leur travail fini. Ceci est la règle pour l'été ; mais pendant l'hiver ils n'ont pas de goûter à quatre heures. La classe plus élevée de la société ne fait que trois repas par jour : c'est le matin à sept ou huit heures, à deux ou trois heures de l'après-dînée, et à huit ou neuf heures du soir. Les aliments que ces diverses classes emploient consistent, pour les agriculteurs, en soupe au lait avec du pain et de la farine, ensuite en tartines de pain de seigle avec une infusion de café et de chicorée ; à midi, des pommes de terre ou d'autres légumes avec du lard ou de la viande de vache salée ; ensuite de la soupe au lait avec de la farine et du pain, et quelques fruits. L'après-midi, ils mangent leurs tartines avec une infusion de café et de chicorée. Le soir, ils soupent avec des légumes ou des pommes de terre, ou des tartines, et mangent leur soupe au lait après leurs autres aliments. Entre les repas, ils boivent de la petite bière. — Les aliments de la classe plus élevée se composent, le matin, de tartines beurrées avec du café ou du thé, et chez quelques-uns on mange de la viande au déjeuner. Pour le dîner, on a de la soupe, des légumes et des viandes de bœuf, de veau, et autres. Le soir, ce sont ordinairement des mets légers, tels que des légumes ou des beurrées, un peu de viande, du poisson, des fruits, ou d'autres choses semblables.

Les habillements varient selon la condition de l'individu et selon la saison. — Les ouvriers briquetiers portent généralement pendant la semaine un pantalon de toile écrue unie, une chemise de toile de lin blanchie, une paire de sabots, une veste de drap

qu'ils ôtent en travaillant, ainsi que leur casquette de drap, ou leur chapeau râpé. Le dimanche et les jours de fête, ils sont habillés proprement en drap. Les ouvriers et journaliers cultivateurs portent la plupart, pendant la semaine, un pantalon et une jaquette de futaine, des souliers ou des sabots, un sarrau bleu et une casquette de drap : tel est aussi à peu près le costume du maître cultivateur. Les gens d'autres professions sont habillés selon leur état, qui varie aussi selon leur condition et leur position sociale ; on peut dire en général que les habillements de drap sont les plus recherchés.

Les femmes ouvrières s'habillent de jupons et de jaquettes de coton, et d'un tablier de toile grise ou bleue ; leur coiffure est un bonnet blanc ou rouge. Les autres sont vêtues selon leur rang et leur condition.

Les maisons sont toutes bâties en briques, recouvertes de paille, de tuiles ou d'ardoises. Celles qui sont groupées dans le chef-lieu sont ordinairement mieux construites et plus élevées que celles qui sont disséminées dans les champs. Celles de l'intérieur des communes de Boom et de Contich sont à un et à deux étages, à l'instar de celles de la plus grande partie de nos villes.

Dans ce canton, on trouve beaucoup de vieux châteaux et de maisons de plaisance, entre autres le *Cleydael-Hof* avec ses soixante bonniers de dépendances, entouré d'un double rempart à fossés profonds, situé à Aertselaer ; le château *Arendnest*, à Edeghem ; les châteaux de *Tany-Hof*, d'*Altena* et de *Bautersem*, à Contich ; le *Laer-Hof* à Schelle, en style byzantin. On y remarque encore la maison de correction de St-Bernard, à Hemixhem, qui était jadis une belle abbaye, et plus tard un hôpital militaire ; les antiques châteaux d'*Eeckhoven*, *Cathlyne Schans et Slykhoeve* ; à Rumpst ; le château de *Reeth*, et plusieurs autres d'une moindre importance.

Les habitations sont généralement bien bâties ; on y trouve partout des planchers en bois ou en briques. On ne rencontre de l'entassement que chez les ouvriers des cultivateurs, et surtout chez les ouvriers briquetiers, dont les maisons sont construites en groupes le long du fleuve, dans un terrain bas et humide, et dans quelques endroits au-dessous du niveau de la rivière. La disposition des maisons de la plupart des communes fait que la plus grande partie du canton est parcourue par les vents du sud et du nord-est, qui y amènent beaucoup de froid et d'humidité.

Les habitants se chauffent principalement avec du charbon de

terre ; les cultivateurs emploient le bois qui croît le long de leurs exploitations pour faire bouillir les aliments destinés aux vaches, et quelques-uns y mêlent de la tourbe des environs ou de la Hollande.

Le nombre des heures d'une journée de travail n'est pas limité : les briquetiers commencent le matin dès qu'il fait assez clair pour voir, et finissent le soir à huit heures, pendant l'été ; l'hiver, ils ne travaillent que huit heures par jour. Les cultivateurs commencent le matin à quatre heures et demie, et finissent le soir à huit et demie, pendant l'été ; l'hiver, ils commencent le matin à sept heures et demie, et finissent à quatre heures et demie de l'après-midi. — Les dimanches et jours de fête, ils se reposent, et la jeunesse se livre à l'exercice de l'arc, aux jeux de boules et aux quilles pendant l'été. Ils passent les soirées du dimanche, et même la journée, lorsqu'il pleut, ou que le froid les empêche de se divertir en plein air, à des causeries sur l'exploitation et la culture de leurs champs, ou bien ils jouent aux cartes ou aux dominos.

Il y a des communes où il existe une ou deux Sociétés musicales.

Les indigents de ce canton sont peu nombreux, eu égard au total de la population ; les moyens de secours qui leur sont administrés consistent en distributions de pommes de terre, de charbon de terre et de pain. Les pommes de terre proviennent ordinairement de dons libéraux gratuits ; le pain noir, de dons mortuaires, et le charbon de terre est acheté avec les deniers de la communauté. On ne trouve pas encore ici des caisses de prévoyance et de mutualité : il serait à désirer que le gouvernement voulût s'en mêler et recommandât aux maîtres briquetiers ces établissements utiles pour leurs ouvriers, afin que ces gens pussent s'entr'aider pendant l'hiver et en temps de besoin.

On ne peut assez louer le zèle philanthropique dont les habitants de Boom ont fait preuve en bâtissant un hôpital dans cette populeuse commune pour y soigner les indigents infirmes et malades ; nous faisons des vœux pour qu'il soit promptement achevé.

Le nombre des indigents, relativement à la population entière du canton, est de 2,65.

La police médicale y est exercée par la commission médicale de la province d'Anvers, qui se compose de douze membres nommés par le roi. On ne saurait donner à ces messieurs que des éloges mérités pour le zèle qu'ils mettent à la répression des abus qui entravent l'exercice de la médecine.

La médecine est pratiquée dans le canton par 10 médecins, 6 chirurgiens, 6 accoucheurs et un pharmacien : il n'existe qu'un seul artiste vétérinaire diplomé pour tout ce canton.

La vaccine est propagée dans toutes les communes par les médecins résidants ou par ceux des environs. Cette opération se fait gratuitement.

Erreurs et préjugés populaires relatifs à la médecine.

Les préjugés les plus répandus dans le vulgaire sont les suivants :

Dès qu'une femme est enceinte, on pense qu'une foule d'affections qui lui surviennent à cette époque doivent être respectées, afin de favoriser la conservation de l'enfant. Ainsi, les vomissements qui ne compliquent que trop souvent les premiers temps de la grossesse sont, d'après eux, incurables. Les désirs de la femme enceinte doivent toujours être satisfaits, afin d'éviter les difformités. Les saignées sont contre-indiquées pendant tout le temps de la gestation. Il faut qu'une femme enceinte mange beaucoup, afin de pourvoir abondamment pour deux et d'être par là fortifiée pour quand l'époque de l'accouchement arrivera. Les douleurs lombaires et sciatiques sont regardées comme incurables pendant tout le temps de la grossesse ; c'est l'accouchement qui doit les faire disparaître. Il en est de même des varices et du gonflement œdémateux des extrémités inférieures. Les indigestions sont incurables. Les purgatifs sont proscrits, parce qu'ils affaiblissent la femme et l'enfant, et exposent à un avortement. L'usage de tout médicament pendant la grossesse est interdit, parce qu'il peut agir sur l'enfant, et même le tuer. Pendant le travail de l'accouchement, il est défendu à la femme de relever les bras au-dessus de la tête, ou de se coucher autrement que sur le dos, parce que cette position s'oppose à ce que l'enfant se tourne ; car il faut, disent-ils, que l'enfant fasse la culbute dès le principe des douleurs. Aussi, dès que l'accoucheur a pratiqué le toucher, on lui demande de suite si l'enfant est déjà retourné. On voit que la théorie de Celse a laissé des traces profondes dans les idées du peuple de ces contrées. L'enfant est-il né avant la venue de l'accoucheur, une garde-couches s'empresse de couper le cordon et de faire une ligature sur la partie qui tient à l'enfant et une autre sur celle qui tient à la mère, et la portion sortie du placenta est roulée sur le manche d'une cuillère, afin de l'empêcher de retourner dans le corps de la femme.

Dans quelques familles, on est encore dans l'usage d'exercer des compressions sur le crâne, afin de l'arrondir ; dans d'autres, le maillot est encore employé. Dans quelques-unes, les femmes ne se lèvent pas le septième et le neuvième jour après les couches. La coutume veut que la femme soit visitée pendant les neuf premiers jours par l'accoucheur, et ordinairement ses honoraires ne lui sont pas payés avant cette époque. Si l'enfant ne prend pas facilement le sein, il y aura à parier dix contre un qu'on devra lui *couper le filet*. Si pendant les premiers mois de la vie l'enfant devient malade, n'importe de quelle affection, ce sont les dents qui en sont la cause, et les parents pensent qu'il n'y a rien à faire pour le soulager.

Dans quelques ménages, il n'y a pas moyen de vacciner les enfants. Quelques personnes considèrent cette opération comme inutile et indifférente ; chez d'autres, on la regarde comme une cause qui s'oppose à l'assainissement des enfants, en empêchant les humeurs de pouvoir sortir du corps. D'autres personnes pensent que par l'inoculation de la vaccine toutes les maladies humorales de l'enfant sur lequel le virus a été recueilli sont inoculées en même temps. C'est pourquoi quelques-unes s'opposent à l'opération, et d'autres prennent toutes les informations possibles sur la constitution corporelle des parents et de l'enfant dont on prend le vaccin ; et si ceux-ci sont souvent malades ou ont été maladifs pendant leur jeunesse, on peut être certain qu'elles ne laisseront point pratiquer la vaccine.

Maintenant, si l'enfant est difficile, ou s'il crie beaucoup, c'est exclusivement à la douleur du ventre qu'on attribue ces pleurs. S'il a des aigreurs, on ne fera rien pour les dissiper, persuadé que l'on est que pendant les trois premiers mois qui suivent sa naissance, il est sujet à une foule d'affections légères auxquelles il n'est point de remède à opposer.

Si l'enfant est plus âgé et qu'il se plaigne de coliques, ou qu'il soit difficile, ce sont les vers qui entrent en scène et qui sont cause que le ventre et l'estomac sont engorgés de poudre de zédoaire, de pastilles anthelmintiques, d'ail bouilli dans du lait, et d'autres moyens analogues. C'est surtout le mercredi et le vendredi que ces remèdes sont administrés, parce qu'alors les vers se tiennent la tête en haut et la bouche ouverte ; circonstance dont ils veulent profiter pour administrer les anthelmintiques.

Si l'enfant gagne des convulsions, quelques personnes en accusent la sorcellerie. Plus tard, s'il survient des écrouelles ou des ulcères scrofuleux, c'est une affection des Saints (*Sancti*), et il

n'y a pour les guérir que des prières à adresser à tel ou tel Saint, suivant l'avis de quelque charlatan urinaire qui ne manque pas de faire payer son conseil.

Le préjugé de rouler un noyé sur un tonneau et de le tenir les pieds en l'air pour lui faire vomir l'eau qui va causer la mort, se trouve encore assez souvent mis en pratique.

Un pendu ne sera pas détaché avant l'arrivée de la police.

Les malades qui ne guérissent pas promptement d'une affection dont on ne comprend pas bien les caractères (surtout les maladies intermittentes) sont de suite considérés comme ensorcelés. Il en résulte qu'on ne tient aucun compte des avis du médecin traitant, et que l'on a recours, dans ces cas, à des jongleries et à des pratiques superstitieuses réprouvées par la religion et la saine raison.

Si, à l'âge de la puberté, les règles n'apparaissent pas, ou ne s'établissent que difficilement, on consulte une ou deux fois un médecin. Si ses conseils ne sont pas suivis d'un prompt succès, on abandonne la maladie à la nature, ou on suit aveuglément les avis du vulgaire, tout en mettant en pratique des remèdes incendiaires, dangereux, et quelquefois même dégoûtants.

Quelques personnes regardent la goutte comme incurable, et même elles ne tentent aucun remède pour être soulagées des souffrances qu'elle provoque.

Si un accouchement se termine laborieusement, les commères ne manquent jamais de l'attribuer à la nodosité de la femme, surtout si celle-ci est d'une taille peu élevée. On se la représente comme ayant les articulations doubles ou gonflées.

Les hommes passent pour n'exiger aucune espèce de traitement. On regarde toute médication comme inutile et n'abrégeant la durée de la maladie que de quatre jours. Il en est de même de la coqueluche, que l'on abandonne à la nature : un peu de vin bénit est tout ce qu'on oppose à cette maladie.

Les saignées sont réputées nuisibles pour une foule d'affections. Dans une apoplexie même, on ne consent souvent qu'à une faible évacuation sanguine, parce que cette opération affaiblit le malade, le tue dans certaines circonstances, et lui fait perdre le bon sang, tandis qu'il conserve le mauvais.

L'érysipèle ne peut jamais être traité avec des liquides ou des onguents, sous risque de le voir se terminer par gangrène.

Pendant le cours d'une maladie, ou pendant la convalescence, c'est toujours une nourriture stimulante que l'on veut employer abondamment, et cela en vue de fortifier le malade.

En général, les mœurs des habitants sont pures. Ils sont sobres et laborieux, et ignorent les habitudes vicieuses de quelques habitants des villes. Religieux et de bonne foi, ils sont, pour la plupart, doux et dociles. Probes dans le commerce, ils ont tous une certaine aptitude à l'industrie ; ce qui a fait dire à un auteur, en parlant des habitants de ces contrées, que tous les arts peuvent prospérer chez eux, parce qu'ils en possèdent le germe.

Les principales branches d'industrie de ce canton sont l'agriculture et la fabrication de briques et de tuiles.

Outre ces deux ressources industrielles, on y trouve beaucoup de bateliers et de pêcheurs habitant les côtes ; les chantiers de construction de navires fournissent du travail à une foule d'artisans. Les nombreuses brasseries transportent leurs produits au loin et procurent une existence honorable à beaucoup de personnes. Il y a encore dans ce même canton des fabriques de voiles de navire, de cordages, d'amidon, de savon, de sel, de chandelles, de cierges, de pain d'épices, de genièvre et de tan; des teinturiers d'étoffes, des tisserands de toile de fil de lin, des blanchisseurs de toile ; des moulins à vent, à eau, à manège et à bras pour le blé, l'huile et le tan, pour scier le bois et pour moudre le sarrasin et l'avoine ; et encore divers artisans, tels que cordonniers, sabotiers, tailleurs, menuisiers, forgerons, chaudronniers, selliers, charrons, vanniers, boulangers, et une foule de boutiquiers.

L'instruction, dans ce canton, est très-avancée : on n'y trouve que fort peu de personnes qui en soient dénuées entièrement. Il existe divers pensionnats : celui de Hemixhem surtout jouit d'une grande renommée, justement méritée. Les autorités communales obligent les personnes indigentes à envoyer leurs enfants aux écoles, où ils sont instruits aux frais de la commune : en cas de refus de leur part, tout secours du bureau de bienfaisance est refusé. Dans chaque commune, on trouve au moins une école où on apprend à lire, à écrire et l'arithmétique : la méthode d'instruction généralement suivie est celle de l'enseignement mutuel. Dans les pensionnats, on apprend les langues française et flamande, l'arithmétique, les éléments de l'algèbre, la géographie et les éléments de la langue latine. C'est à ce degré d'instruction qu'on est redevable de l'état florissant et prospère où se trouve ce canton, tant sous le rapport du commerce que sous celui de l'agriculture.

L'histoire médicale de ce canton est à peu de chose près celle de toute la province.

Il fut jadis ravagé par la peste, la fièvre maligne, la dyssenterie, la rougeole, la variole et la scarlatine.

Ces diverses maladies ont toujours été plus meurtrières dans les communes riveraines que dans celles situées dans l'intérieur des terres. En effet, pour ne parler ici que de l'épidémie du choléra-morbus, en 1832 et 1833, je puis dire par expérience que tandis que cette affreuse maladie faisait des ravages effrayants dans les communes de Schelle, Niel, Boom et Rumpst, celles de Recth, Aertselaer et Contich en étaient presque exemptes. — En 1832, les communes de ce canton furent infectées de la gale ; en 1837, la grippe y fit invasion et y laissa des traces nombreuses de son passage. — En 1838, les communes de Schelle, Niel et Boom furent ravagées par la rougeole et la coqueluche ; en 1839, les mêmes localités eurent beaucoup à souffrir d'une épidémie de variole. — En 1840, il s'était déclaré une épizootie de rage chez la race canine ; heureusement, on est parvenu à arrêter cette terrible maladie avant qu'elle se fût communiquée à l'homme.

Une autre épizootie dont l'apparition remonte à 1829, et dont le type est une pleuro-pneumonie maligne se terminant ou par gangrène ou par hydropisie, a principalement sévi contre le gros bétail ; ce fléau, quoique moins violent, a persisté jusqu'à présent, malgré les moyens les plus rationnels employés pour le combattre. Cette affection a été mortelle pour un grand nombre d'animaux dans la commune d'Aertselaer, à la fin de 1841. — Au commencement de 1842, une épidémie de scarlatine décima la population. L'usage prolongé du lait fourni par les animaux atteints de l'épizootie dont nous venons de parler, n'a-t-il pas contribué pour sa part à donner naissance à cette cachexie scarlatineuse qui éclata parmi les habitants ?

En 1842 et 1843, une épidémie d'érysipèle gangréneux dépeupla la maison de correction de St-Bernard, tandis qu'en 1843, une épidémie de fièvre typhoïde dévastait la commune de Contich.

Les maladies les plus ordinaires aux moutons, dans ce canton, sont la clavelée, la cachexie aqueuse, la gale, la tympanite et le piétain.

La cachexie aqueuse guérit assez facilement par les purgatifs et les frictions aromatiques ; le gale, par les préparations mercurielles et sulfureuses ; la tympanite, par les purgatifs, les frictions sèches et aromatiques, et la bonne nourriture. — Le claveau ou clavelée est une maladie qui jusqu'à présent a toujours été fort meurtrière, et l'on n'a pu parvenir à l'extirper radicalement. —

On attribue l'introduction de ce fléau à une troupe de moutons des puissances alliées, qui furent logés, en 1814, dans une bergerie de la commune de Meerle (arrondissement de Turnhout).

Le nombre d'aliénations mentales n'est pas plus considérable ici que dans d'autres endroits. — Des sourds-muets n'y existent pas.

Les deux tiers des cas morbides qu'on observe chez les adultes et les adolescents sont fournis par le sexe féminin. Ce résultat doit être attribué en grande partie au peu de précautions que les personnes du sexe prennent lors de la puberté, pendant la menstruation, à la suite des couches et à l'époque critique.

Les naissances sont ici, comme partout ailleurs, plus nombreuses dans la classe ouvrière que dans la classe sédentaire. — Ordinairement on constate plus de décès en janvier, février et mars que pendant les autres mois de l'année; août et septembre sont ceux qui en comptent le moins. — La mortalité générale, en 1842, a été évaluée à 1,32.

Après avoir décrit le climat et la constitution du sol, ainsi que ses productions, et avoir fait ressortir leur influence sur les habitudes et la constitution des habitants, nous allons jeter un coup d'œil sur les maladies qui s'y rencontrent le plus souvent et examiner leur caractère et le traitement qui leur est le plus approprié.

Nous diviserons les maladies en deux grandes sections : la première comprendra celles qui sont dues à l'influence du climat et à d'autres causes ; à la seconde se rattacheront celles particulières aux diverses professions exercées par la plus grande partie de la population.

Les phlegmasies sont ici, comme partout ailleurs, les affections les plus fréquentes; elles offrent un type spécial qui dépend essentiellement de la constitution dominante des habitants. Cette spécificité dont je veux parler consiste dans le peu de réaction qu'elles déterminent sur les autres organes; de sorte qu'il n'est pas rare de voir des phlegmasies aiguës et très-étendues rester sans mouvement fébrile très-prononcé. De là, d'un côté, une modification spécifique dans le traitement, qui défend, dans la majorité des cas, l'emploi des émissions sanguines, ou considérables, ou souvent répétées, et, d'un autre côté, une très-grande propension de ces affections à revêtir le caractère chronique.

Entre les parties les plus fréquemment atteintes, il faut placer en première ligne les organes thoraciques. Les pleuro-pneumonies sont ici très-nombreuses. Le traitement le plus généralement suivi consiste dans l'emploi d'une ou deux saignées de 10 à 11 onces, d'une dizaine de sangsues *loco dolenti*, suivi de l'application de

cataplasmes émollients ; tartre émétique selon la méthode de Rasori ; à l'extérieur, bains et révulsifs aux extrémités. Lorsque les symptômes inflammatoires les plus aigus ont perdu beaucoup de leur intensité, apposition de vésicatoires sur le siége de la douleur, en même temps qu'on fait quelques frictions avec la pommade d'axonge et de calomel sur le reste de la poitrine ; ou bien on se sert de la pommade stibiée en frictions, et des diurétiques à l'intérieur, s'il reste de l'oppression. La nature de ce travail ne me permet pas de digression sur l'action du tartre émétique, ni de résoudre la question de savoir s'il agit comme moyen déplétif ou révulsif, ou s'il empêche ou guérit l'altération du sang produite par le désordre des fonctions pulmonaires : il me suffit d'avoir appris par expérience que c'est le médicament qui procure la résolution de la phlegmasie comme par enchantement, et qu'il est très-rare que dans ces cas il produise aucune espèce d'évacuation, soit par le vomissement, soit par les selles.

Le rhumatisme se rencontre ici très-souvent, surtout dans la classe ouvrière, chez laquelle les articulations se trouvent dans un état permanent d'irritation par suite de l'exercice immodéré auquel elle se livre pendant toute la journée. Il est rare qu'on soit obligé de répéter la saignée générale : quelques sangsues placées sur le point le plus affecté, suivies de l'application de topiques résolutifs, la chaleur locale et les sudorifiques sédatifs, suffisent dans la majorité des cas. Si la maladie est ou devient chronique, les opiacés, le calomel, le tartre émétique, ou l'antimoine diaphorétique, joint aux habillements de laine ; les frictions et embrocations huileuses opiacées, l'huile de foie de morue, et les bains de sable, parviennent à triompher du mal. Je range dans la même classe les affections connues sous le nom de névralgies sciatique, faciale, crânienne, etc. ; celles qui se décèlent par des douleurs ressenties dans les muscles ou dans les articulations : elles cèdent en partie aux mêmes remèdes énoncés plus haut et à l'emploi du sous-carbonate de fer à doses progressives, jusqu'à un gros par jour, du sulfate de morphine par la méthode endermique, du calomel avec la résine de gaïac. L'usage de l'huile de térébenthine injectée en lavements m'a souvent réussi dans la névrose sciatique.

La goutte se rencontre moins souvent, et est aussi rebelle au traitement ici que dans tout autre endroit. La complication de la goutte arthritique avec la péricardite s'observe ici comme partout ailleurs. J'ai obtenu de bons résultats de la racine de gaïac : elle a diminué la durée des accès , et l'emploi de la formule suivante

m'a été avantageux une fois sur trois pour prévenir l'accès. Cette formule est ainsi composée : Vin de colchique, une once, dans deux onces de sirop de rhubarbe et quatre onces d'eau de fleurs d'oranger.

La pneumonie et les rhumatismes ne sont pas les seules maladies qui se présentent presque sans réaction fébrile, les abcès offrent souvent la même particularité : les parotides, les glandes mammaires et les sous-axillaires sont les organes qui en sont le siége le plus ordinaire. Les émissions sanguines et les émollients les font rarement avorter. La pommade d'hydriodate de potasse en frictions est un médicament précieux pour en obtenir la résolution lorsque les engorgements sont passés à l'état d'induration.

Les irritations encéphaliques se rencontrent assez fréquemment, surtout chez les jeunes enfants, lors de la dentition : les émissions sanguines aux tempes, le calomel à l'intérieur, et les révulsifs aux extrémités, parviennent ordinairement à arrêter l'irritation nerveuse. Parmi les hémorrhagies, l'apoplexie cérébrale, l'hémorrhagie utérine, et l'hémoptysie, sont les plus fréquentes. Quoique ces hémorrhagies se montrent pour l'ordinaire plutôt sous le type passif que sous l'actif, l'expérience a démontré que les émissions sanguines doivent toujours précéder l'emploi des astringents et des toniques pour les combattre avec succès. Les applications froides, les boissons minérales, astringentes et stiptiques, le calomel pour l'apoplexie; le sel de nitre, l'acétate de plomb et la digitale pour l'hémoptysie, et le seigle ergoté pour l'hémorrhagie utérine ; tels sont les médicaments qui doivent faire la base du traitement spécial pour chaque affection en particulier.

On a fait la remarque, dans ces environs, que depuis une dizaine d'années le nombre d'affections apoplectiques et de morts subites a augmenté d'une manière effrayante. On pourrait croire que chez des ouvriers et des cultivateurs qui exercent peu leurs facultés intellectuelles, ces affections devraient être rares; cependant il n'en est pas ainsi, car, en 1842, il y eut dans la commune de Niel, en deux jours, cinq cas de mort subite, parmi lesquels trois apoplexies foudroyantes.

Les affections catharrales sont ici très-communes. Un traitement légèrement tonique et astringent les guérit la plupart du temps.

L'ophthalmie catharrale se présente le plus souvent avec un caractère bénin : les émollients, rarement des sangsues, et plus tard, lorsque la maladie passe à l'état chronique, ou que les

symptômes suraigus sont calmés, les collyres avec un grain de sublimé corrosif par once d'eau distillée, l'extrait de belladone à la dose de quatre grains dans trois onces d'eau de laurier-cerise, un vésicatoire à la nuque, et le calomel à haute dose à l'intérieur, en guise de révulsif sur le canal intestinal, suffisent pour la faire disparaître entièrement. Cependant il arrive quelquefois que la maladie se prolonge par suite de granulations qui se sont développées sur la muqueuse ; l'expérience a démontré que la cautérisation avec la pierre infernale est le meilleur moyen pour les enlever.

La diarrhée catharrale cède très-bien à l'emploi du sirop de coings dans de l'eau de riz et à des lavements d'eau, d'amidon, de jaune d'œuf et de laudanum, en même temps qu'on donne à l'extérieur de légères potions opiacées. — La dyssenterie résiste rarement à la décoction blanche de Sydenham.

La cataracte est fort rare dans le canton : ce fait est remarquable en ce qu'il détruit l'assertion de Beer, qui prétend que cette maladie affecte principalement ceux qui par leur profession sont obligés de se tenir dans une position courbée, dans laquelle le sang s'accumule vers la tête. Cependant les 9/10 de la population se livrent aux travaux des champs, et ont continuellement la tête courbée vers le sol ; et néanmoins les affections de cataracte y sont presque inconnues.

La métro-péritonite se rencontre parfois, dans la pratique, chez des personnes dont l'accouchement a été laborieux : c'est encore dans les communes riveraines qu'on la signale le plus souvent. Le traitement antiphlogistique, principalement les sangsues appliquées en abondance sur le ventre, les fomentations émollientes, les boissons sudorifiques, et surtout le calomel à la dose de dix à quinze grains avec huit à dix grains d'extrait de jusquiame dans les vingt-quatre heures, sont les remèdes qu'on emploie ici généralement et avec succès. Il est rare que la femme succombe si le traitement a été bien dirigé.

Les affections asthéniques sont assez nombreuses : la chlorose et l'aménorrhée se rencontrent assez souvent. Les boissons aromatiques, le sirop de quinquina, le sous-carbonate de fer, et surtout le seigle ergoté, sont les remèdes qui comptent le plus de succès.

Entre les névroses, l'épilepsie est peu commune dans le canton ; il est rare qu'elle attaque des personnes adultes. Elle est due ordinairement aux convulsions que les enfants ont essuyées lors de l'époque de la dentition ; elle doit être, dans ces cas, attribuée à la négligence des parents, qui ne font pas traiter leurs enfants lorsqu'ils sont attaqués de ces né-

vroses, ou bien cessent trop tôt le traitement. — Une foule de remèdes ont été employés pour combattre cette affection ; jusqu'à présent, on peut dire qu'aucun moyen efficace n'a été découvert. On a vanté l'emploi journalier d'une demi-once d'indigo ; mais cette vertu anti-épileptique est encore loin d'être bien constatée.

On rencontre fort peu de cas d'hystérie. La rareté de cette affection tient en partie à l'influence du climat froid, à la constitution, et aux grands travaux auxquels les femmes sont soumises chez les paysans et la classe ouvrière ; ce qui fait que leurs nerfs ne sont pas aussi sensibles et que leurs affections intellectuelles ne sont pas autant exercées que dans les grandes villes. Les antispasmodiques les plus employés sont l'assa fœtida, l'eau de fleurs d'oranger et de tilleul ; quelquefois aussi l'on a recours aux émissions sanguines, locales ou générales, et aux révulsifs sur les extrémités.

La manie revêt ordinairement le caractère religieux ; ce qui peut être en partie attribué aux mœurs simples des habitants. Les émissions sanguines générales et locales, avec modération bien entendu ; les applications froides sur la tête pendant que l'individu est assis dans un bain chaud, le calomel et les calmants à l'intérieur, sont les moyens les plus usités, en même temps qu'on tente les révulsifs sur le tube intestinal et qu'on prescrit un exercice modéré au malade. C'est sous l'influence de cette médication qu'on compte beaucoup de guérisons, surtout si l'on peut parvenir à influencer le moral.

La gastralgie se rencontre souvent chez les femmes et les filles du canton. Fréquemment elle doit être attribuée à un allaitement prolongé, à des hémorrhagies fréquentes de l'utérus, à l'écoulement de flueurs blanches, ou à l'usage d'une nourriture relâchante, telle que les pommes de terre, à de l'eau chaude prise sans modération ou légèrement chargée de café et de sucre. Le traitement qui réussit le mieux se compose des fortifiants à l'intérieur, des révulsifs sur le tube intestinal, des antispasmodiques éthérés, de l'oxyde de bismuth, des vésicatoires saupoudrés de sulfate de morphine à la dose d'un grain par jour, ou des moxas sur l'épigastre. Quoi qu'il en soit, il est rare d'obtenir une guérison durable lorsque la maladie est passée à l'état chronique.

Parmi les névroses, il y en a une qui est plus commune : c'est l'angine de poitrine. — Deux causes principales paraissent produire ici cette affection : l'une est l'influence d'un vent froid auquel le malade a été exposé pendant quelque temps ; l'autre est une affection morale vive.

La saignée est presque constamment nuisible, dit M. Roche dans sa *Nosographie;* cependant, lorsqu'on observe bien une attaque de cette maladie, on voit tous les symptômes d'une congestion de sang vers le poumon et le cœur. Agissant en conséquence, je me suis toujours bien trouvé de pratiquer une large saignée générale, en même temps que je prescrivais l'application d'une douzaine de sangsues sur l'endroit le plus douloureux. Je faisais entretenir l'écoulement sanguin par des cataplasmes chauds, tandis qu'à l'intérieur j'administrais une potion composée d'un mucilage de gomme arabique, d'une once de sirop de pavots, quatre onces d'eau de fenouil, et huit à dix gouttes de laudanum de Sydenham. Le malade était couvert très-chaudement, j'ordonnais même qu'on appliquât des cruchons d'eau chaude autour de lui; et si la transpiration tardait à s'établir, alors j'ajoutais une demi-once à une once d'acétate d'ammoniaque dans sa potion, dont il devait prendre une cuillerée toutes les demi-heures jusqu'à amélioration, ensuite toutes les heures, et plus tard toutes les deux heures. Si le malade était constipé, ou si pendant la journée il n'avait pas eu de selles, je lui faisais administrer un lavement composé d'une once de feuilles de séné et de sulfate de soude infusé dans deux livres d'eau. Sous l'influence de cette médication, j'ai vu constamment l'état du malade s'améliorer et tous les symptômes morbides disparaître; et telle personne que j'ai trouvée fort malade pendant la nuit était déjà sortie le matin pour travailler à ses occupations ordinaires, quand je venais lui rendre visite.

Si l'on considère la fréquence des maladies de poitrine dans ces contrées, on ne sera pas étonné d'y rencontrer si souvent la phthisie sous toutes les formes : tantôt primitive, d'autres fois consécutive, ou compliquant dès le principe l'une ou l'autre affection hypersthénique. Les cas nombreux de cette maladie peuvent être attribués, dans plusieurs circonstances, à la négligence des malades, mais plus spécialement encore à l'air humide et froid du canton, à la grande quantité de courants d'eau qui le parcourent en tous sens, à deux grandes rivières qui l'environnent du nord au sud et de l'est à l'ouest, et à la nature des occupations journalières, principalement des ouvriers briquetiers. Le traitement le plus approprié et le plus généralement suivi contre cette affection consiste dans l'emploi des émissions sanguines modérées, à l'effet de détruire les symptômes inflammatoires qui existent encore, d'écarter autant que possible toutes les causes qui pourraient donner lieu au développement des pneumonies ou des bronchites intercurrentes, des gastrites, des

fièvres et des entéro-colites. On combat celles-ci, quand elles surviennent, par le tartre émétique, les gastrites par l'eau de Vichy, les fièvres intermittentes par l'hydro-ferro-cyanate de quinine ou par le sulfate de quinine et l'eau de laurier-cerise, les entéro-colites par les émollients et les opiacés. Contre la maladie principale, on emploie un bon régime analeptique animalisé, peu de farineux, la viande de veau et de bœuf rôtie et grillée, des œufs et du laitage. On applique un séton à la poitrine, ou bien deux petits moxas avec le caustique de Vienne sous les clavicules; on recommande l'usage journalier de l'huile de foie de morue et la digitale unie au sulfate de morphine.

Si les maladies de poitrine sont fréquentes, les gonorrhées et la syphilis sont excessivement rares. Les flueurs blanches se rencontrent par-ci par-là chez des personnes sédentaires qui se font rarement traiter pour cette affection.

Quoique toutes les causes reconnues propres par les auteurs à engendrer le scorbut se trouvent ici réunies, je ne crains pas de dire que cette maladie y est excessivement rare, à moins qu'on ne veuille ranger sous cette dénomination certaines affections buccales aphtheuses, le gonflement local des gencives avec excoriations ulcéreuses, saignantes et crémateuses, accompagnées d'une odeur repoussante, nullement en harmonie avec la constitution générale, qui est quelquefois loin d'être cacochyme. Ces sortes d'affections cèdent très-facilement aux gargarismes émollients, narcotiques et légèrement acidulés, à l'esprit de cochléaria, ou aux lotions de quinquina avec le chlorure de soude.

Les scrofules se rencontrent fréquemment ici, comme partout ailleurs : c'est la basse classe qui en est la plus affectée. La cause en est la mauvaise nourriture et la malpropreté. Le traitement se compose surtout de moyens hygiéniques appropriés, tels qu'un bon régime animal, des habillements chauds, la propreté, des fortifiants amers, des martiaux, de l'iode à petites doses, et de l'huile de foie de morue.

Les affections cancéreuses seraient beaucoup plus rares si les malades ne traitaient pas eux-mêmes leurs inflammations locales, qui ne passent que trop souvent à l'état d'induration, et si le plus ordinairement ils ne se présentaient chez le médecin que lorsque l'ulcération a déjà fait de grands ravages, que lorsque leur économie est infectée et que des hémorrhagies menacent de les conduire au tombeau.

Des frictions avec l'hydriodate de potasse combiné avec l'axonge m'ont souvent réussi pour obtenir la résolution de tumeurs indurées. L'extirpation, lorsqu'il y a encore possibilité;

s'il y a ulcération, la cautérisation avec la pâte caustique arsenicale ; à l'intérieur, la liqueur arsenicale de Fowler, ou toute autre analogue, constituent le traitement qui est le plus souvent mis en usage.

Quoique les scrofules soient répandues en grand nombre dans le canton, les difformités du bassin sont cependant très-rares. Aussi les accouchements se terminent le plus souvent par les seuls efforts de la nature ; il est rare qu'on soit obligé d'appliquer le forceps. Le seigle ergoté est assez souvent employé pour triompher de l'inertie asthénique de la matrice, tandis que l'on a recours à la saignée et à une potion calmante laudanisée pour combattre l'inertie hypersthénique de la matrice. Si mon expérience pouvait contribuer à décider la question de la délivrance naturelle ou artificielle, je dirais que je me suis constamment bien trouvé de procéder immédiatement à l'extraction du placenta ; ce qui était d'autant plus facile que les parties avaient été traversées par un corps volumineux, tandis que, dans deux cas où j'avais dû laisser le placenta à cause de chatonnement, et une autre fois pour la rupture du cordon, les femmes ont succombé : l'une à la suite d'une hémorrhagie utérine interne, l'autre par suite d'une fièvre puerpérale.

La chute ou la hernie de la matrice se rencontrent souvent : elles sont la suite de tractions immodérées sur le cordon ombilical, faites par des matrones qui savent encore par-ci par-là s'introduire chez des personnes du peuple, ou chez des femmes avares qui risqueraient leur santé et leur vie pour épargner un écu de six francs. L'usage d'un pessaire est le remède qu'on emploie le plus souvent.

Les hernies inguinales et crurales sont encore des affections généralement négligées ici. Aussi il n'est pas rare d'être appelé pour une hernie étranglée, et bien souvent encore alors l'on s'oppose à toute opération.

Parmi les lésions de continuité en général, les plaies par instrument tranchant, les contusions et les fractures sont les plus ordinaires. Tout est mis en usage pour obtenir la guérison par première intention ; les accidents qui viennent compliquer les plaies sont combattus au fur et à mesure qu'ils se présentent, et selon leur nature. Les fractures sont en général traitées par le bandage amidonné, s'il y a possibilité de l'appliquer.

Les dermatoses y sont assez rares. Le froid humide, qui tient la peau constamment dans un état asthénique, en est en grande partie la cause principale. L'érysipèle, la gale, la teigne, la men-

tagre, l'acné et la rougeole pustuleuse, sont celles que l'on observe le plus communément.

Les vomitifs, les purgatifs, les lotions résolutives locales, les frictions mercurielles, sont les rémèdes employés avec le plus d'avantage contre l'érysipèle.

La gale se montre assez fréquemment, tant dans les communes centrales que dans les communes riveraines. Cette maladie a sévi surtout avec force en 1832, lorsque de nombreux cantonnements militaires se trouvaient dans ce pays. La méthode curative la plus généralement suivie est celle des frictions avec l'onguent citrin : quelques praticiens emploient le sulfure de chaux, d'après la méthode de Pihorel.

Les affections dartreuses sont traitées par les bains, les sulfureux et les antimoniaux, en même temps que l'on met en usage les vésicatoires et les cautérisations locales pour changer le mode d'irritation. Les frictions avec la poix noire combinée avec l'axonge, et l'administration à l'intérieur de l'eau de goudron à la dose de deux à six onces par jour, constituent un remède qui compte déjà beaucoup de réussites.

La teigne est ordinairement traitée par les frictions avec le nitrate de mercure et d'axonge ; l'usage de la calotte est abandonné par tous les praticiens du canton. L'emploi de la cautérisation dans la teigne faveuse a été suivi de nombreux succès.

La rougeole, la variole et la scarlatine se montrent souvent épidémiquement. Le traitement consiste en soins hygiéniques convenables, en moyens propres à combattre les accidents à mesure qu'ils se présentent : les émollients acidulés conviennent pour la rougeole et la variole ; le tartre émétique, à doses réfractées, pour la scarlatine.

Parmi les hyperdiacrisies, l'anasarque et l'ascite sont les plus communes. La première, ordinairement produite par une impression de froid, cède assez facilement à l'usage de la saignée générale et aux sudorifiques combinés avec les diurétiques, ainsi qu'aux frictions aromatiques sèches.

L'ascite, la plupart du temps due à la désorganisation de l'un ou de l'autre organe important, est combattue temporairement par les diurétiques, mais finit souvent par enlever le malade.

Le diabète et la maladie de Bright n'existent pas ici. Peut-être que l'usage fréquent de viande de cochon suffit pour neutraliser l'effet supersécrétoire de nos bières indigènes et du froid humide du climat. *(La suite à un prochain numéro.)*

INVENTION D'UN NOUVEAU CROCHET-SCIE, SOUMIS A L'APPRÉCIATION DE MESSIEURS LES MEMBRES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE DE LA PROVINCE D'ANVERS, ÉTABLIE A WILLEBROECK;

Par le docteur A. Van der Eecken, à Wichelen.

Le 12 septembre 1844, je fus appelé en consultation par la sage-femme de Schellebelle pour un accouchement laborieux où le bras se présentait. La poche des eaux s'était rompue depuis longtemps. La femme, forte et pléthorique, dans la force de l'âge, avait déjà antérieurement eu une couche très-facile. J'essayai la version, la femme se trouvant d'abord dans la position ordinaire, puis sur les coudes et les genoux; mais je ne pus y parvenir, tellement les parois utérines s'étaient contractées sur le fœtus. Après avoir mis en usage la saignée générale et les autres remèdes propres à relâcher la matrice, je la tentai de nouveau, mais encore sans succès. Le docteur Hermans, de Wetteren, que je me fis adjoindre, ne fut pas plus heureux que moi.—N'ayant pas d'espoir de faire naître l'enfant en double, car il était à terme et nous parut trop volumineux, étant d'ailleurs dans l'intime conviction qu'il avait cessé d'exister, et voulant soustraire la mère aux graves accidents qui la menaçaient à chaque instant, nous résolûmes de faire la décollation. — A cette fin, nous nous proposâmes de mettre en usage le procédé attribué à Celse et plusieurs fois employé par le professeur P. Dubois. — La tête du fœtus se trouvait du côté gauche de la mère, et les extrémités pelviennes du côté droit, le plan dorsal en avant. C'était donc la main droite qui se présentait. — Ayant introduit la main droite dans la matrice, aussi haut que le lui permettaient les violentes contractions de cet organe, M. Hermans glissa un crochet mousse le long de cette main, et parvint, après bien des efforts, à l'appliquer sur le cou de l'enfant. Le vagin ainsi que les parties génitales externes de la mère étaient fortement gonflés; le cou du fœtus se trouva très-élevé, et malgré tous les efforts que nous fîmes dans le but de l'abaisser et de le rendre ainsi accessible à l'instrument tranchant, l'opération nous parut trop difficile et trop téméraire pour oser l'entreprendre. Ce fut au milieu de ces tractions que nous avions exercées d'abord sur le bras et le crochet réunis, et ensuite sur le crochet seul, toujours dans le même but, et toujours sans succès, que le cou se rompit près du thorax, et alors la détroncation était achevée. La sortie du tronc et de la tête n'offrit aucune difficulté, et les suites de couche, malgré toutes nos manœuvres, ne furent interrompues par aucun accident.

Cette opération, si on peut lui donner ce nom, quoique terminée avec un plein succès et d'une manière si inattendue, d'autant plus que la putréfaction ne s'était pas encore emparée du fœtus, nous coûta pourtant tant d'efforts, surtout dans le but de rendre le cou accessible à l'instrument tranchant, que je me demandai s'il n'y aurait pas moyen de supprimer ce dernier de l'opération et de rendre ainsi la décollation moins dangereuse pour la mère, plus courte et d'une exécution plus facile pour l'opérateur. — Voilà, messieurs, le problème que j'ai tâché de résoudre au moyen du crochet-scie que j'ai l'honneur de vous présenter. Puisse-t-il réunir ces qualités et ainsi atteindre le but pour lequel je vous le propose! Le souvenir d'avoir aussi contribué un peu à l'amélioration de notre art sera ma plus douce récompense.

Agréez, messieurs et très-estimables collègues, l'assurance de ma haute considération.

Wichelen, le 23 octobre 1844.

Van der Eecken, D. M.

DESCRIPTION DU CROCHET-SCIE.

Le crochet-scie se compose d'une longue chaînette à pendule, d'un crochet mousse, et d'une autre pièce qu'on pourrait nommer conducteur, attendu qu'elle sert à conduire la chaîne pendant l'opération.

Chaînette.

(Fig. 1.) Elle consiste dans une longue chaîne à pendule. A sa partie centrale, dans une étendue de 16 centimètres, les lames de jonction sont plus larges que dans le reste de la chaîne et dentelées. (Fig. 1 A.) Coupée transversalement à cet endroit, elle offre la forme d'un ⊣ renversé. (Fig. 1 B.) Une des extrémités est terminée par une petite ouverture où l'on accroche un manche mobile au moment de l'opération. (Fig. 1 C.) L'autre est fixée à la tête du crochet (fig. 1 D) au moyen d'une lame mince et courbée (fig. 1 et 4 E) qui sert à introduire la chaînette dans le conducteur, comme on le voit (fig. 3 A). Dans cette même tête, il y a un trou dans lequel on introduit un petit crochet (fig. 5 a) pour la détacher du crochet-scie, quand celui-ci est appliqué, et l'attirer au dehors, ainsi que la chaînette. Au moment d'opérer, on y adapte un manche, comme à un tire-dent. (Fig. 1 D.)

Fig. 12.

Anneau au moyen duquel on réunit les deux parties du Conducteur.

Fig. 10.

Fig. 15.

Fig. 8.

Fig. 2.

Fig. 5.

Partie du Crochet pour faire voir comment la lame courbée s'adapte dans la rainure.

Fig. 4

Fig. 3.

Coupe longitudinale de la tige du Conducteur pour démontrer l'introduction de la chaîne dans sa rainure au moyen de la lame courbée.

Le Conducteur coupé par le milieu, et disposition de sa rainure.

Crochet-Scie quand il est appliqué.

Coupe transversale de la tige transversale de la chaîne, lorsque les lames dentées ne sont pas renfermées une coupe pour faire voir que les dents sont en dehors.

Fig. 9.

Crochet-Scie coupé par le milieu pour faire voir la disposition de la rainure.

Coupe transversale de la tige du Conducteur.

Fig. 11.

Fig. 7.

Crochet au moment de l'application.

Fig. 17.

Tourne-vis pour monter et démonter le Crochet-Scie & son conducteur.

Fig. 16.

Coupe transversale des deux manches pour faire voir le jeu des ressorts qui les joignent ensemble.

Fig. 15.

Fig. 1re

Chaînette à scier.

Fig. 1re bis.

Fig. 6

Fig. 13.

Coupe transversale du manche du Conducteur pour faire voir sa rainure.

Fig. 14.

Manière dont se devisse le manche qui doit s'adapter à la tête du crochet.

HENRI BAUD GAND

Crochet.

Il se compose : 1° d'un manche. (Fig. 6.) Dans l'intérieur, il y a une concavité (fig. 6, B) se fermant au moyen d'une petite plaque mobile (fig. 6, A.) servant à enfermer l'excédant de la chaînette non compris dans la rainure du crochet (fig. 7) au moment de l'application. En haut, il y a un trou (fig. 6, C) où on visse le crochet ; en bas (fig. 6, D), une ouverture donne passage à la chaîne au moment d'opérer.

2° *Du crochet.* Celui-ci se compose, à son tour, de deux pièces parfaitement égales, si ce n'est à la partie inférieure, où l'une offre une vis de pression. (Fig. 8, a.) Elles se joignent solidement ensemble, en haut, au moyen de deux vis (fig. 2, EE) ; en bas, elles se vissent ensemble dans l'ouverture supérieure du manche. Chaque pièce est sillonnée par une rainure composée de deux parties, dont l'une (fig. 2, L et 9, L), la plus profonde, est partout la même ; l'autre (fig. 2, K et 9, K), moins profonde, est large dans la tige et étroite dans le crochet proprement dit. (Fig. 2, o et fig. 10, o.) Là, le petit rebord qu'on remarque à la partie interne de la tige du crochet (fig. 2, K^2 et fig. 9, K^2) n'existe pas, comme on le voit dans la coupe transversale en haut, (Fig. 10.) Les deux pièces étant jointes ensemble et étant coupées transversalement, elles offrent une rainure intérieure en forme de ⊢ renversé. (Fig. 9 et 10.) La partie externe (L) sert dé coulisse à la chaîne, et la partie interne (K) aux lames dentelées qu'elle cache tout à fait dans la tige, comme on le voit (fig. 9, X), tandis que, dans le crochet (fig. 10 et 8), étant plus étroite, elle laisse une partie des lames dentelées se montrer à l'extérieur.

Le conducteur.

Il se compose de deux pièces réunies par le milieu. Chaque pièce est formée de la moitié de la tige (fig. 15, 1) qui se fixe à la moitié du manche (fig. 15, 2) au moyen de deux à trois vis. Les deux pièces se joignent solidement ensemble à l'aide d'une vis dont on voit le trou à la partie supérieure (fig. 15, 3) et de quelques autres vis dont on remarque les ouvertures au manche. (Fig. 15, 4.) Une rainure en forme de ⊢ renversé le sillonne dans toute sa longueur. Celle-ci est partout la même, excepté en haut, où sa partie la moins profonde est fort étroite, pour laisser assez d'espace pour pouvoir y fixer la vis. (Fig. 15, 3.) Le manche offre à peu près une rainure semblable à celle de la tige, et ouverte inférieurement pour livrer passage à la chaîne. (Fig. 15, 5.)

Application.

Ayant placé la chaînette dans la rainure formée par la jonction des deux pièces qui composent le crochet proprement dit, et celles-ci étant solidement fixées ensemble au moyen de deux vis, on passe l'excédant de la chaîne non compris dans la rainure à travers le trou supérieur du manche du crochet, et on y adapte le manche (fig. 1, E) ; puis on visse le crochet dans ce même trou. La tête du crochet, appliquée à la partie supérieure de l'instrument, y est maintenue par la chaînette fortement tendue, et ainsi tenue fixée dans l'intérieur de la rainure par la vis de pression. En enfermant alors le reste de la chaînette dans la concavité du manche, on n'a plus, comme on le voit, qu'un crochet ordinaire. (Fig. 7.) La manière d'appliquer cet instrument étant connue, il serait inutile de la décrire. Supposons que l'opérateur soit parvenu à accrocher le cou du fœtus, et que la tête de celui-ci se trouve à gauche : ayant fait sortir la chaînette hors de la cavité du manche, et la vis de pression étant lâchée, il confie l'instrument à un aide intelligent. Sans sortir la main droite de la cavité utérine où elle a nécessairement servi pour appliquer le crochet, il cherche, au moyen d'elle, à trouver la tête de l'instrument et à l'entraîner au dehors, soit au moyen des doigts, soit au moyen du petit crochet (fig. 5) introduit par la main gauche et accroché dans le trou de la tête du crochet. Tandis que celle-ci descend et entraîne une partie de la chaîne, la partie dentelée monte et va occuper la partie supérieure de la rainure dn crochet. L'aide fixe de nouveau la chaîne au moyen de la vis de la pression ; et ayant retiré la main de l'utérus, l'opérateur introduit, au moyen d'elle, la chaîne dans le conducteur tenu par la main gauche. Il fait pénétrer celui-ci dans les parties génitales de la femme, et la chaînette ayant traversé toute la rainure du conducteur est confiée à l'aide, qui la tient fortement tendue dans la direction de l'instrument. L'opérateur introduit alors la main gauche pour aller adapter le conducteur à la partie supérieure du crochet, tandis que la main droite le pousse et le glisse sur la chaînette, tout bonnement comme on glisse les doigts le long de la tige ombilicale quand on va détacher le placenta.

Le conducteur et le crochet étant bien adaptés à leurs parties supérieures, ce qui est l'essentiel pour ne pas gêner le jeu de la chaîne, et les deux manches étant solidement joints ensemble au moyen de deux petits ressorts, l'opérateur dévisse la vis de pression, saisit l'instrument et le dirige en tirant, tandis que

l'aide fait jouer la scie. La détroncation achevée, on continue à extraire les parties fœtales selon la méthode en usage.

Comme on le voit, l'application de ce crochet n'est pas plus difficile que celle d'un crochet ordinaire ; la même main qui a servi à dirigerle crochet dans la cavité utérine sert aussi, sans la sortir, à diriger le petit crochet, si cela est nécessaire, et à lui faire accrocher la tête de l'instrument. L'introduction et l'adjonction du conducteur au crochet ne peuvent non plus offrir de difficulté, attendu que la chaîne lui sert pour ainsi dire de guide. Les deux manches se joignent facilement ensemble au moyen de deux ressorts. Cela étant, les avantages que la pratique des accouchements en retirera sont faciles à prévoir : suppression d'instruments tranchants, et partant opération rendue plus facile, plus courte, et pour ainsi dire sans danger pour la mère. Tout est mousse à l'instrument, et la scie, agissant à sa partie interne, ne peut couper que la partie fœtale accrochée ; il est impossible de blesser les parties maternelles, avantage que n'offre aucune autre méthode connue.

Emploi du crochet dans la méthode de Davis.

Il arrive parfois qu'il y a impossibilité d'arriver jusqu'au cou de l'enfant, soit parce que cette partie se trouve trop élevée, soit parce que une autre partie fœtale se trouve déjà engagée et empêche l'accoucheur d'arriver jusqu'au cou.

Dans une circonstance semblable, M. P. Dubois appliqua un crochet sur le corps de l'enfant, et parvint à en faire la section à l'aide de ses forts ciseaux (1). Dans un cas pareil, ne pourrait-on pas se servir du crochet-scie ?

L'application du crochet étant impossible, l'accoucheur pourrait commencer par faire une incision au ventre ou à la poitrine, selon la partie qui se présente, vider ces cavités, et puis appliquer le crochet-scie. En cela il suivrait Robert Lee, Horbeke (2), etc., et le docteur Moke (de Termonde), qui dernièrement aussi, dans une opération qu'il pratiqua à Audeghem, dut commencer par vider la cavité abdominale du fœtus avant de pouvoir appliquer le crochet et faire la division de la colonne vertébrale.

Quoique les instruments tranchants ne soient pas entièrement indispensables dans cette dernière opération, cependant il me

(1) *Traité pratique de l'Art des accouchements;* par Ghailly (Honoré). Paris, 1842, p. 672.

(2) *Annales de la Société de médecine de Gand*, Bulletin du mois de décembre 1840, p. 189.

semble que le crochet-scie pourrait encore rendre ici de grands services, attendu qu'il permettrait à l'accoucheur de faire la section la plus difficile, c'est-à-dire celle de la colonne vertébrale.

RAPPORT SUR UNE OBSERVATION ET UN NOUVEL INSTRUMENT (CROCHET-SCIE) PRÉSENTÉS A LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE WILLEBROECK; par le docteur E. LUYTGAERENS.

L'observation de M. Van der Eecken contient l'histoire curieuse d'un accoucbement laborieux dont voici les circonstances. Il y avait présentation de l'épaule et les eaux s'étaient depuis longtemps écoulées. La matrice était tellement resserrée sur le fœtus, que toutes les tentatives faites pour parvenir à tourner l'enfant demeuraient sans résultat. Tous les moyens étaient épuisés; l'enfant était mort. L'état de la femme exigeait impérieusement la terminaison de l'accouchement; le volume du fœtus ne laissait pas d'espoir de le faire naître en double. Notre collègue, M. Van der Eecken, et M. le docteur Hermans (de Wetteren) se décident enfin à la détroncation. — Après que l'on fut parvenu, non sans peine, à accrocher le cou, il fut alors impossible, par le gonflement des parties génitales de la mère et par suite de la fixité de l'enfant sur le détroit supérieur, de se servir de l'instrument tranchant pour faire la décollation. Cependant, au milieu des tractions violentes pour abaisser le fœtus et le rendre accessible à l'opérateur, le cou se rompt près du thorax, et l'accouchement se termine sans peine. — Les suites de cette couche furent des plus heurenses.

Cette manœuvre, quoique couronnée d'un plein succès, coûta tant d'efforts, surtout afin que le cou devînt accessible à l'instrument tranchant, que M. Van der Eecken se demanda s'il n'y aurait pas moyen de se passer de ce dernier et de rendre ainsi la détroncation moins dangereuse pour la mère, plus courte et d'une exécution plus facile pour l'opérateur.

Le forceps-scie de M. le professeur Van Huevel (de Bruxelles) lui suggéra bientôt l'idée d'un crochet-scie; instrument dont M. Van der Eecken nous avait dejà communiqué le plan au mois d'octobre 1844, et qu'il vient de nous soumettre, confectionné avec plusieurs modifications au plan primitif.

Notre collègue a joint à son observation la description exacte de son instrument dans toutes ses parties, la manière de l'appliquer et les indications spéciales qui peuvent réclamer son emploi.

Votre commission, chargée de faire un rapport sur le travail et l'instrument de M. Van der Eecken, a été unanimement d'avis que l'observation de cet accouchement heureusement terminé par la détroncation de l'enfant donne trop peu de détails sur les circonstances qui ont forcé nos collègues à recourir à ce moyen : ainsi, on ne dit ni le temps que le travail a duré, ni l'état des parties, ni l'état général de la femme. — C'est pour ces motifs, messieurs, que nous nous abstenons d'émettre notre opinion sur le fait pratique qui nous est soumis.

Quant au crochet-scie, nous sommes heureux, messieurs, de pouvoir annoncer qu'un examen minutieux, que des essais répétés nous ont donné la conviction que l'instrument inventé par M. Van der Eecken est destiné à recevoir l'approbation de tous ceux qui l'auront vu fonctionner.

D'un mécanisme ingénieux, d'une application simple et facile, d'un jeu sûr, rapide et régulier, incapable d'exposer les parties de la femme à la moindre atteinte des instruments qui agissent sur le corps de l'enfant, le crochet-scie peut être considéré comme devant remplacer tout ce qu'on a employé jusqu'à ce jour pour délivrer la femme dans les cas où la dystocie est produite par une mauvaise présentation d'un fœtus mort que ni la version ni l'expectation ne peuvent amener au dehors. — Nul doute que l'application de cet instrument sur la femme vivante ne confirme entièrement le jugement que nous venons d'en porter. Mais les cas où son emploi devient indispensable étant heureusement très-rares, nous proposons de publier dans les *Annales* que le crochet-scie est tenu par la Société à la disposition de tous nos collègues qui se trouveraient dans le cas de pouvoir l'utiliser.

Nous proposons, messieurs, d'adresser, au nom de la Société, les plus vifs remercîments à notre collègue de Wichelen pour l'intéressante communication dont il vient de l'honorer, de l'associer à nos travaux comme membre correspondant, et de publier son travail dans les *Annales* de la Société.

Puers, le 6 juin 1845.

E. Luytgaerens.

REVUE DES JOURNAUX

BELGES DE MÉDECINE.

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS.

(Analyse par le docteur Biver.)

Année 1845. — *Livraison d'avril.*

12. Nous avons sous les yeux la quatrième livraison des *Annales de la Société de médecine d'Anvers.* Le premier article est un rapport sur la *falsification du genièvre et de la bière*, présenté à la Société par MM. Verbert, Van de Velden, C. Broeckx et Mathyssens. Dans ce travail, la commission s'est livrée à l'examen des boissons alcooliques ; elle a donné les procédés d'analyse et les réactifs ; elle a conclu que les eaux-de-vie du commerce ne sont pas frelatées, parce que les substances qu'on pourrait y mêler leur communiqueraient un mauvais goût, et parce qu'il est de l'intérêt des débitants et des détaillants d'attirer les pratiques au moyen de la bonne qualité des liquides.

Sans vouloir discuter la valeur de cette conclusion fort naïve, nous ferons observer que l'on vend plus de kirsch-wasser dans la seule Belgique qu'il ne s'en fabrique à Fougerolles, et que nous sommes fondé à croire que cette liqueur est fréquemment falsifiée.

La seconde partie du rapport traite de la falsification de la bière. La commission n'a fait aucune analyse ; elle indique les substances dont la vente en détail devrait être interdite aux droguistes.

Si la commission n'a pas cru utile de se livrer à la recherche matérielle des sophistications de la boisson du Belge, nous ne lui en faisons pas de reproche, elle a agi en conscience. Cependant nous croyons devoir lui signaler une substitution fort économique, qui est capable de donner de violentes coliques aux *cerevisiæ potatores :* c'est le *menianthes trifoliata* de Linnée, le *trifolium fibrinum* ou *palustre* de nos officines. Ce *trifolium* est d'une amertume extrême et sert sans aucun doute à la préparation du *magen bitter*, la bière d'absinthe ; car, sans donner de couleur, il communique une saveur très-amère.

Cette plante est un excellent tonique et antiscorbutique ; ce qui n'empêche pas que son abus ne puisse occasionner et n'occasionne, en effet, comme nous l'avons plusieurs fois observé, des coliques affreuses et tout ce qui s'ensuit. Le *menianthes* est certainement employé par maints brasseurs : plus amer que le houblon, il ne coûte presque rien, et il en faut peu. La bière dans laquelle il a été employé est plus facile à clarifier que la bière au houblon.

Le sulfate de fer noircit la décoction du *menianthes.*

13. *Histoire d'une fracture de l'omoplate;* par le docteur Heylen, de Herenthals.

14. *Tumeur enkystée volumineuse dans la région orbitaire interne;* par le même.

Cette observation a fourni le sujet d'un rapport dans lequel les points scientifiques ont été fort bien appréciés.

Séance du 20 février.

Continuation de la discussion soulevée par la proposition de M. Lutens sur la *blennorrhagie chronique.* Nous ne suivrons pas cette discussion, qui, selon nous, n'a apporté aucune modification dans l'appréciation de cette maladie, quelque savants qu'aient été les débats.

Le numéro est terminé par un répertoire médical dans lequel nous remarquons en première ligne la *traubenkur* du docteur Schmitt, de Bingen. Nous avons eu occasion de faire un rapport sur cet ouvrage, et notamment sur la cure aux raisins; ce rapport se trouve dans les *Archives de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.*

Livraison de mai.

15. Le docteur Heylen, de Herenthals, communique l'observation d'un *lupus vorax* dépendant d'une syphilis constitutionnelle, guéri par l'hydriodate de potasse.

Nous ne contestons nullement l'efficacité du remède; mais il nous semble que pour déclarer un *lupus* de nature syphilitique, il eût fallu un degré de certitnde qui fait défaut dans ce cas : l'hydriodate de potasse est d'ailleurs capable de guérir des maladies de nature non syphilitique.

16. Mémoire présenté par le docteur Olivet, sur une *nouvelle méthode proposée par M. Pétrequin pour le traitement des fractures du col de l'humérus et les fractures obliques du corps de cet os.* Ce mémoire est suivi d'un extrait du rapport auquel il a donné lieu.

Nous pensons pouvoir nous abstenir de discuter ce rapport. Notre célèbre chirurgien nous donnera un jour, nous l'espérons, un traité complet sur le traitement des fractures en général.

17. *Nouvelle pince de Pétrequin pour le circocèle.*

Séance du 6 mars.

L'observation du *lupus vorax* de M. Heylen a soulevé une discussion à laquelle ont pris part MM. Lutens, Mathyssens, Henrotay, Leva et Berchem.

On passe ensuite à la discussion sur la proposition de M. Henrotay :

En général, le traitement des varices des membres inférieurs doit être uniquement prophylactique. M, Lutens seul entre en lice, et la discussion reste pâle. Cependant il y avait beaucoup à dire de part et d'autre; il y avait surtout à établir les causes de toutes espèces des varices: il y avait mieux à faire qu'à rapporter les observations de M. Rima, de Venise.

L'anatomie et la physiologie n'ont pas été mises à contribution par ces messieurs.

Pour ce qui regarde le refoulement, nous ne pouvons concevoir comment un médecin un peu physicien peut s'occuper de cette question. Cette cause est inévitable, générale et permanente lorsqu'il s'agit d'un fluide en mouvement.

Pour se décider à opérer, il est une condition *sine quâ non :* c'est la connaissance de la cause vraie, prédisposante ou occasionnelle.

Séance du 20 mars.

Cette séance est remplie par le rapport sur le travail de M. Pétrequin, de Lyon, sur le traitement du circocèle.

Ce numéro des *Annales* se termine par un répertoire médical très-court.

Livraison de juin.

18. *Statistique nosologique des décès dans la ville d'Anvers, pendant l'année* 1843 ; par MM. Broeckx et Mathyssens.

Ce travail, très-circonstancié et détaillé, nous fait supposer que la ville d'Anvers possède non-seulement un médecin vérificateur des décès, mais que tous les praticiens délivrent des certificats constatant le genre de la maladie à laquelle l'individu a succombé. Nous espérons que bientôt l'utilité des statistiques médicales sera généralement reconnue.

Séance du 3 avril.

Discussion de trois questions sur les accouchements artificiels prématurés, présentées par M. Haine.

Cette discussion a été vive : des orateurs prudents et des orateurs enthousiastes y ont pris part ; ils ont laissé la question à peu près au même point.

Pour nous, qui avons longtemps pratiqué cet art dans un pays où les accouchements naturels sont abandonnés aux sages-femmes, où, par conséquent, l'homme de l'art est chaque fois en présence d'une difficulté, où, le plus souvent, il est appelé à un rôle plus actif que celui de spectateur ou de consolateur se faisant parfois chèrement payer un service qu'il n'a pas rendu, nous avons pratiqué l'accouchement prématuré, nous avons fait l'opération césarienne, nous avons

eu recours à l'excérébation, et nous avons fini par renoncer à une pratique que jamais nous n'avions recherchée.

En 1820, la commission médicale de notre province prétendant que notre diplome de docteur en médecine de France (1815) ne nous autorisait pas à pratiquer les accouchements, c'est-à-dire à porter des secours à de malheureuses mères, abandonnées, dans les villages, aux seuls soins d'ignorantes matrones, nous nous présentâmes devant cette commission pour subir, en présence de nos collègues naguère en partie nos condisciples, un examen. Un des membres de l'aréopage nous demanda quand et dans quelles circonstances on doit avoir recours à l'accouchement prématuré artificiel, que nous appellerons du nom ancien : *avortement.*

Nous fûmes embarrassé, nous ne crûmes pas pouvoir spécifier les cas. La question nous effraya à cause de la gravité de la matière; et pourtant déjà alors, comme aujourd'hui, on plaisantait les timorés, car on n'admet plus la conscience.

Nous considérons cette grave question sous le double point de vue de la médecine et de la morale, et par suite de cette manière de l'envisager, nous croyons devoir nous abstenir d'aborder la question médicale jusqu'à la solution satisfaisante de la question morale.

Séance du 2 mai.

Dans le compte rendu de cette séance, nous lisons une lettre du docteur Mayor (de Lausanne), qui est l'œuvre d'un praticien consommé; cette lettre contient en deux pages un véritable traité des écoulements de l'urèthre.

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

(Analyse par le docteur Biver.)

Année 1845. — Mois d'avril.

Le numéro que nous avons sous les yeux contient : 1° La suite et la fin de l'observation d'une *névrose compliquée,* présentée par le docteur Borlée; 2° un cas d'*application du forceps,* mentionné dans la livraison de mars; et 3° un article intitulé : *de l'ophthalmie scrofuleuse, de sa nature et de son traitement;* par le docteur Borlée, de Liége.

Séance du 8 avril.

Le docteur Seghers (de Saint-Nicolas) adresse à la Société quelques réflexions sur le rapport et sur la discussion provoqués par ses observations médico-chirurgicales.

Le docteur Teirlinck vient défendre son observation sur *un cas d'amaurose*. La discussion a été vive; mais le tout est resté dans le doute.

Le numéro est terminé par un petit chapitre de *variétés*.

Mois de mai.

La livraison de mai commence par la suite du mémoire de M. Teirlinck sur l'*ophthalmie scrofuleuse*.

Ce mémoire est suivi de l'observation d'une *hystérie cataleptique apoplectique*, par le docteur Ceuleneer (de Termonde) et du rapport de M. Hayman.

Vient ensuite l'observation remarquable de *plaie pénétrante de l'orbite;* par le docteur Teirlinck.

Séance du 6 mai.

Influence de l'alimentation sur l'économie; note lue par M. Decaisne. Cette note est suivie d'un rapport par M. de Rudder. Une discussion est entamée sur cet intéressant sujet; elle sera continuée prochainement.

Quinquina et lichen d'Islande. Note par M. Stockman.

M. Stockman a soulevé une question de thérapeutique d'une portée très-grande; il serait à désirer que nos collègues belges se livrassent, à l'imitation de ceux d'outre-Rhin, à des discussions thérapeutiques. Cette branche est par trop négligée chez nous; et certes les chimistes devront souvent s'incliner devant cette surprenante conversion des substances les plus hétérogènes en un liquide propre à réparer les pertes des organes si prodigieusement diversifiés du corps humain.

Le docteur Stockman a donné là un exemple de franchise: il en appelle aux lumières de ses collègues. A la suite de la discussion, la question est restée sans solution entière: c'est un hommage tacite rendu aux fonctions digestives et assimilatrices. Déjà ailleurs nous avons demandé si la chimie savait produire des fluides ou solides organisés. La chimie ne peut prétendre venir nous interdire des mixtions éprouvées depuis des siècles entre les mains des plus habiles expérimentateurs.

Nous ne contestons pas les avantages immenses que nous a procurés et que nous procure encore une science éminemment utile; nous considérons la chimie comme indispensable; nous conseillons de n'essayer aucun mélange nouveau sans avoir au préalable examiné les qualités chimiques des substances; nous recommandons la plus grande circonspection dans l'usage des médicaments tirés des laboratoires de chimie, surtout lorsque ces médicaments n'appartiennent point au règne organisé. Longtemps encore il restera douteux jusqu'à quel

point les substances minérales peuvent sans danger ou sans inconvénient traverser nos organes. La puissance d'excrétion est si forte, que l'organisme vivant a pu entreprendre mainte lutte et en sortir triomphante ; *mais ce grain de quartz, introduit entre les engrenages de la machine, a-t-il passé sans avoir entamé quelques points des surfaces?*

Les *variétés* contiennent un résumé des observations météorologiques faites à Gand en février, mars et avril 1845 ; un article sur l'art de guérir (le peuple et les charlatans) ; une réclame, une question de priorité. Le dernier article, intitulé : *témoins-experts*, mérite d'être médité par toutes nos publications hebdomadaires et par les feuilles politiques. Il est une vérité : le médecin cité comme témoin dans une affaire dont il n'a pris connaissance qu'à la suite d'un réquisitoire émané du parquet, ne peut donner de déclaration scientifique ; le témoin ne raisonne pas, il parle de *visu et auditu*, ni plus ni moins. Que, comme témoin, le médecin soit mis sur la même ligne que tous les citoyens, cela est juste ; mais que l'on requière l'exhibition de son savoir, du fruit d'une vie de travail pour faire apprécier un fait et pour baser un jugement, même capital ou infamant, à la suite d'une simple citation, cela est loin d'honorer la législature.

Mois de juin.

Les articles contenus dans cette livraison se composent de la fin de la discussion sur une *plaie pénétrante de l'orbite* et de l'article suivant :

Cancer de la mamelle ; compression méthodique ; extirpation de toute la glande mammaire ; guérison ; par le docteur Rul-Ogez (d'Anvers).

Séance du 3 juin.

Observation de grossesse extra-utérine ; par M. de Rudder.

Rapport sur une observation de hernie vulvaire ; envoyé par M. Marinus.

Discussion sur l'alimentation. Le docteur Lados s'est livré à des considérations très-étendues sur l'alimentation : il a été suivi par MM, Colson, Guislain, de Rudder, Dumont et Demuynck ; mais tous ces messieurs, en proclamant des principes naguère trop décriés, en citant des faits remarquables, ont perdu de vue la note du docteur Decaisne, qui n'a trait qu'à l'alimentation sous le point de vue de la salubrité publique. Le docteur Decaisne a introduit une question d'une haute importance, surtout en Belgique, où le prix des denrées de première nécessité est déjà très-élevé, où dans les grands centres de notre population, fréquentés par une masse d'étrangers, renchérissent de jour en jour les subsistances, où, par conséquent, le gain et le besoin font inventer une foule de fraudes.

M. Decaisne a traité la question en citoyen éclairé ; nous voudrions

pouvoir recommander son travail à nos hommes d'État. Les collègues de l'auteur, tout en se renfermant dans la partie médicale, ont montré des vues justes, larges; leurs discours contribueront à faire tomber les derniers restes de la théorie exclusive de l'irritation, que nous avons attaquée, il y a une couple d'années, dans un article intitulé : *Quelques considérations sur la gastrite.* Nous n'avons pas craint d'affirmer, et nous affirmons encore que la cause la plus terrible des gastrites les plus cruelles est l'abstinence forcée. *Les individus qui meurent de faim succombent toujours à des gastrites.*

Rapport sur le cancer de la mamelle opéré par M. Rul-Ogez, (d'Anvers). —La discussion a été franche et belle. M. Lados a fourni des raisonnements qui ont entraîné l'adhésion de la Société, et le rapporteur, dans sa note, s'est montré excellent physiologiste. Cette discussion a démontré que le chirurgien ne doit pas toujours recourir à l'instrument tranchant, qu'il doit s'attacher à reconnaître les phénomènes physiologiques, qu'il doit compter sur la nature médicatrice, qu'il doit apprendre à distinguer une tumeur squirrheuse ou cancéreuse d'une tumeur d'une autre espèce; et il y en a un grand nombre, surtout dans le système glandulaire. Nons passerons sous silence les *variétés.*

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE BRUGES.

(Analyse par le docteur Biver.)

ANNÉE 1845. — *Première livraison.*

La première livraison des *Annales* brugeoises commence par un compte rendu succinct des travaux de l'année 1844. Le docteur Wemaer a été bref et clair. Ce compte rendu est suivi d'une *notice historique snr Corneil Van Baersdorp, médecin de l'empereur Charles-Quint*, par le docteur de Meyer, président de la Société.

M. de Meyer nous a semblé avoir voulu être vrai avant tout ; aussi sa notice nous a paru un peu singulière, et nous doutons que Van Baersdorp en eût été flatté de son vivant. Les lettres patentes qui furent octroyées au docteur brugeois par l'empereur ne parviennent pas à effacer l'impression laissée par l'esquisse historique, et Van Baersdorp apparaît à la fin plutôt comme un favori que comme un homme dont le souverain a voulu récompenser et dont il a recompensé les services et le mérite.

La livraison contient encore une *notice physico-médicale sur la saison des bains de mer d'Ostende en* 1844 ; par le docteur Verhaege. L'auteur s'occupe successivement des qualités physiques de la mer, du mode

d'action des bains de mer dans la scrofule, de l'emploi des bains de mer pendant la grossesse.

Le dernier article est une *description anatomico-tératologique d'un chevreau diplocéphale à corps simple*, par Ch. Van Steenkiste.

Les extraits du *Bulletin trimestriel des séances de la Société* ne présentent rien de remarquable.

Deuxième livraison.

Continuation des *considérations* du docteur Woets (de Dixmude) sur les fièvres typhoïdes et intermittentes, ainsi que sur les rapports qui peuvent exister entre les causes de ces deux maladies.

Le correspondant de la Société brugeoise commence son troisième article sur cette matière en faisant observer que les embarras gastriques sont fréquents dans le typhus; que souvent ils précèdent les accidents typhoïdes; que parfois ils les accompagnent; que nombre de fois ils y sont inhérents; que d'autres fois ils en sont indépendants. Naguère nous avons émis une opinion à peu près semblable au sein de la Société des sciences médicales de Bruxelles : elle a été vivement combattue, surtout parce que nous avions ajouté, à l'occasion du mémoire sur le typhus du pensionnat d'Avelghem, que la découverte d'Andral sur la composition du sang et des globules était sans nulle valeur pratique, attendu que l'on ne savait apprécier l'état de ce fluide que par suite d'une saignée préalable, que le sang tiré de la veine ne participait plus à la vie de l'individu, qu'il avait subi un certain degré d'altération par son contact soit avec l'air, soit avec la palette, etc. Dans le même mois, M. Andral disait dans sa clinique : « Il faut bien se garder de confondre le typhus avec la fièvre bilieuse, etc. » *(Bulletin de Thérapeutique.* — Mais revenons au travail du docteur Woets. Ce médecin a su dépouiller tout esprit de système : il rend justice à Broussais et même à Bouillaud; mais il fait ressortir le mérite pratique des Sydenham, des P. Frank, des Pringle, des Stoll, etc.

L'auteur passe à l'érysipèle qui accompagne, précède ou suit le typhus, il traite cette complication d'une manière lucide : il est tenté d'admettre les affections intestinales comme un travail érysipélateux, parfois, souvent même éliminatoire du principe typhoïde.

Nous bornons là nos remarques, en attendant la suite de ce beau travail de notre collègue de Dixmude.

Note sur un cas de scarlatine avec abcès au côté gauche du cou et suppuration suivie d'une hémorrhagie mortelle; par le docteur de Bal. (de Saveghem).

Cette note est recommandable par la franchise qui a présidé à sa rédaction.

Observation de pied-bot équin; opération; guérison; par le docteur Rul-Ogez (d'Anvers).

Cette observation démontre de plus en plus quels immenses avantages la ténotomie peut procurer à l'humanité, quand elle est exécutée avec talent sur des organes susceptibles d'être redressés.

Observation d'une névralgie fémoro-poplitée, suivie de guérison radicale; par le docteur Gheerbrant (de Nieuport).

L'auteur annonce avoir obtenu la guérison radicale d'une névralgie fémoro-poplitée qui avait retenu la patiente au lit trois mois durant. Tout son traitement consistait dans la préparation térébenthinée suivante :

Pr. : Essence de térébenthine, ℥ij;
Miel rosat, ℥iv.

Trois cuillerées par jour à l'intérieur.

A l'extérieur, le docteur Gheerbrant faisait faire des frictions le long du nerf malade avec le liniment suivant :

Pr. : Essence de térébenthine, ℥j;
Huile de camomille, ℥jj;
Laud. liq. de Sydenh., ʒj.

Tout le traitement ne dura que cinq semaines.

Note sur le guano; par MM. d'Hauw, Mattheys et Van de Vivere.

A la séance du 1er avril, M. d'Hauw communique à la compagnie un échantillon de chocolat au calomel.

Suit le programme des questions proposées au concours pour 1846.

Première question. — Faire connaître la topographie médicale d'un des districts de la Flandre occidentale. — Prix 300 fr.

Deuxième question. — Faire connaître l'influence qu'exercent sur la santé les travaux de l'industrie linière. — Prix 100 fr.

Prix institué par le docteur de Meyer, président de la Société.

Ce prix, consistant en une médaille en vermeil, sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire sur la question relative à la pratique des accouchements.

VARIÉTÉS.

PETITE EXCURSION MÉDICALE.

Bruxelles, le 15 août 1844.

Mon cher confrère,

Retenu pendant quelques jours à Paris pour des affaires qui n'avaient rien de commun avec la science, je ne pus cependant oublier que j'étais là près de mes anciens maîtres et dans le voisinage des hôpitaux que je fréquentais autrefois. Je résolus, en conséquence, de tirer parti de la circonstance au bénéfice

de mon instruction et de donner à celle-ci tout le temps que je pourrais dérober aux affaires : c'est ce qui fut fait. Il est inutile de vous dire quel genre d'instruction j'ai rapporté de ma tournée : vous savez, mieux que tout autre, que l'observation est fille du temps et qu'on n'observe pas en courant. Tout ce que j'ai pu faire, dans ce court intervalle, fut de rassembler quelques faits, de recueillir quelques paroles dont je viens vous faire part en collaborateur consciencieux. Je dois même vous prévenir que j'écris sans notes prises sur les lieux et sur la foi d'une mémoire dont j'ai plus d'un motif de me défier. — Raison de plus pour user de précautions, me direz-vous. — C'est vrai ; mais à l'époque où je rassemblais les éléments épars de ce mémoire, j'étais loin de prévoir qu'il me prendrait un jour envie de le publier. C'était trop présumer de mes forces. — Eh bien ! puisque je fais tant que de prendre la plume, ce ne sera pas seulement pour rapporter des faits : j'aurai le plaisir de les discuter. Mais rassurez-vous : je serai aussi sobre que possible d'observations. — Comme vous le voyez, j'emploie sans façon le pronom *je* : c'est une petite licence permise de confrère à confrère, et s'il m'arrive d'en user un peu libéralement dans le cours de ma narration, c'est que les détails dans lesquels je vais entrer l'exigeront ainsi. Vous voilà maintenant bien averti, mon cher confrère, et je puis enfin entrer en matière.

AMUSSAT.

Ma première visite fut pour Amussat, mon ancien maître et mon ami, dont le nom se rattache aux plus belles conquêtes de la chirurgie moderne. Il n'est peut-être aucun médecin qui compte dans sa pratique particulière un plus grand nombre de cas rares et difficiles, que la spécialité de ses recherches et la fécondité de ses ressources dans les circonstances désespérées lui attirent de toutes parts; mais, aussi obligeant qu'habile, il se fait un plaisir d'admettre ses confrères à ses opérations ou à la visite de ses opérés.

Un mois environ avant mon arrivée, il avait pratiqué l'opération de l'anus artificiel à la région lombaire. Il m'offrit de l'accompagner près de sa malade, et, comme vous le pensez bien, j'acceptai de grand cœur. C'était une dame de cinquante-trois ans, mère de trois enfants, d'un embonpoint médiocre, et s'étant toujours bien portée jusqu'au mois d'avril 1843 : alors seulement elle avait commencé à ressentir des coliques. Son ventre, devenu paresseux, l'obligeait à recourir aux lavements et aux purgatifs ; mais les selles obtenues par ces moyens étaient minces, rubanées et teintes de sang. Dès les premiers jours du mois de juin, les évacuations alvines s'étaient complètement supprimées : toutes les tentatives faites pour les rétablir avaient échoué. La tension de l'abdomen par les gaz ne permettait pas d'aller à la recherche de l'obstacle. Mais disons par anticipation que lorsque l'opération eut rendu au ventre son volume et sa souplesse ordinaires, on n'y découvrait encore ni engorgement ni tumeur auxquels on aurait pu rattacher les phénomènes observés. Les douleurs abdominales finirent par devenir insupportables, et la malade fut prise de vomissements bilieux sans mélange de matières stercorales. C'est dans ces circonstances qu'Amussat fut mandé : plus de vingt jours s'étaient écoulés depuis la suppression des garde-robes, et les vomissements bilieux continuaient. Malgré un aussi long trouble dans les fonctions digestives, la nutrition n'avait pas tant souffert qu'on pourrait le croire : les forces se soutenaient encore assez bien; en un mot, l'opération présentait de grandes chances de réussite. Le chirurgien comprit qu'il n'y avait point de temps à perdre et que chaque heure de retard compromettait le succès. Toutefois, avant d'agir, il voulut avoir

l'avis de quelques confrères qui furent immédiatement appelés près de la malade. Tous reconnurent, comme lui, la nécessité d'établir sans retard une voie artificielle à la sortie des matières arrêtées dans les intestins. L'opération fut fixée pour le lendemain (1er juillet), et pratiquée à la région lombaire gauche par le procédé de Callisen, modifié par Amussat (1). Dès que l'intestin fut ouvert, les gaz et les matières fécales s'échappèrent par la plaie; l'abdomen diminua de volume ; les vomissements s'apaisèrent, et le calme se rétablit.

Jusqu'au jour où je visitai la malade, tout s'était bien passé depuis l'opération, et l'on pouvait compter sur une guérison prochaine. A voir le calme du visage et la liberté des mouvements de l'opérée, je ne me serais pas douté de ce qui s'était passé ; elle n'avait d'ailleurs ni accélération dans le pouls, ni chaleur à la peau, et elle n'accusait aucune douleur. Mais une chose l'inquiétait beaucoup depuis la veille au soir : elle avait rendu par les voies naturelles quelques onces d'un liquide sanguinolent et une boule du volume d'une grosse châtaigne ; cet événement lui paraissait d'un mauvais augure. Nous examinâmes ce corps, et nous reconnûmes que ce n'était qu'un crottin de matières fécales. Amussat rassura la malade et n'eut pas de peine à lui faire comprendre qu'il n'y avait, dans tout cela, rien qui dût l'alarmer. Cela dit, il lui découvrit la région lombaire gauche. Une incision transversale de 3 pouces environ d'étendue occupait le milieu de l'espace compris entre la crête iliaque et la dernière fausse côte. L'écartement des lèvres de cette plaie la transforma en une espèce d'entonnoir tapissé par la muqueuse réfléchie de l'intestin, au fond duquel existait une ouverture capable d'admettre le bout du doigt : c'était l'entrée du colon. Un tampon de charpie y était ordinairement tenu à demeure pour s'opposer à l'issue involontaire des excréments; mais, quoiqu'il eût été enlevé longtemps avant notre visite, je n'aperçus dans la cavité aucune trace de matière fécale. Cette circonstance me frappa. On sait, en effet, combien, dans les fistules stercorales dues aux étranglements herniaires, les seules que j'eusse vues jusque-là, il est difficile de s'opposer à la fuite des matières intestinales. Je fis part de cette observation à Amussat, lequel me répondit que, loin de craindre cet inconvénient, il avait, au contraire, observé chez tous ses opérés une tendance bien marquée à la constipation. Là-dessus il invita la malade à faire des efforts de défécation; mais rien ne s'échappa au dehors.— D'où vient cette différence? Elle dépend non-seulement de la moindre consistance et de la marche plus rapide des matières contenues dans l'intestin grêle, le plus souvent intéressé dans la hernie, mais encore du degré d'inclinaison de son bout supérieur et de son mode d'insertion à la plaie inguinale à laquelle il adhère ordinairement dans toute sa circonférence.

Je vous ai dit que, dans le cas qui nous occupe, l'anus artificiel avait été pratiqué à la région lombaire gauche. C'est là, en effet, le lieu d'élection indiqué par Amussat : ses recherches lui ont appris que le siége du mal est presque toujours inférieur à ce point. Il n'est pas douteux assurément qu'un obstacle quelconque, organique ou mécanique, ne puisse se rencontrer sur d'autres points du tube digestif et ne doive par conséquent faire quelquefois dévier de cette règle; mais le cas est au moins fort rare, et je doute qu'Amussat l'ait encore rencontré. Ce que je sais positivement, c'est que, toutes les fois qu'il crut devoir opérer du côté droit, il put se convaincre, à l'autopsie des sujets morts par les progrès du mal qui avait rendu l'opération nécessaire, que celle-ci pouvait être pratiquée avec les mêmes chances de succès dans le

(1) Consultez à ce sujet le *Mémoire sur la possibilité d'établir un anus artificiel à la région lombaire sans pénétrer dans le péritoine ;* par Amussat. — Paris, 1839.

lieu d'élection. La chose peut paraître assez indifférente à la première vue; mais il n'en est pas ainsi.

Admettons, en effet, que l'on établisse l'anus à droite, lorsque l'obstacle existe dans l'S iliaque, que s'ensuivra-t-il? C'est que la vaste portion du colon comprise entre ces deux points sera en grande partie perdue pour l'absorption et la nutrition du sujet; et comme l'éperon formé par la traction de l'intestin au dehors n'est pas assez saillant pour s'opposer au passage des matières fécales dans le bout inférieur du tube digestif, ces matières, accumulées dans l'impasse, pourront donner naissance à des accidents dont il est difficile de calculer la portée, si l'intestin ne parvient à s'en débarrasser par un mouvemeut antipéristaltique. D'ailleurs, ce mouvement rétrograde détermine des douleurs, quelquefois fort vives, qui précèdent et accompagnent la défécation.

Mais quelle cause a pu amener l'oblitération de l'intestin chez notre malade? Etait-ce une coarctation, un rétrécissement de son canal, occasionné par la phlegmasie de cet organe? Dépendait-elle d'une bride celluleuse, résultant d'une péritonite partielle ou du développement d'une tumeur fibreuse dans le voisinage de l'intestin? Toutes ces suppositions peuvent paraître fondées en théorie; mais pour l'observateur habitué à ce genre de recherches, ces causes d'occlusion intestinale et les tumeurs fibreuses elles-mêmes sont tellement exceptionnelles qu'on peut à peine les invoquer ici (1). La supposition la plus probable, mais malheureusement aussi la plus fâcheuse, c'est que l'obstacle est dû à la formation d'une masse squirrheuse ou carcinomateuse qui aurait envahi l'intestin. La grande majorité, si ce n'est la totalité des faits analogues qu'Amussat a pu vérifier à l'autopsie, ne reconnaissait pas d'autre cause; et le célèbre anatomo-pathologiste Carswel, médecin du roi des Belges, qui a visité la malade, partage cette opinion. Que si l'absence de la teinte du visage particulière aux dégénérescences cancéreuses laissait quelque doute à ce sujet, rappelons-nous que cette teinte n'apparaît qu'à une époque où l'affection cancéreuse a vicié profondément l'organisme, époque qui n'est pas encore arrivée pour notre opérée, mais qui, vraisemblablement, nese fera pas longtemps attendre; car si le secours de la chirurgie remédie à la situation présente, il ne s'oppose pas aux progrès ultérieurs du mal.

Quoi qu'il en soit, le but de l'opération était atteint le 29 juillet, c'est-à-dire un mois après l'opération; la muqueuse intestinale adhérait solidement au pourtour de la plaie cutanée, les digestions étaient bonnes, les défécations régulières, et rien ne manquait à la guérison. Le même jour, Amussat alla rendre compte à l'Institut de ce nouveau succès dû à son procédé; il jeta en même temps un coup d'œil sur les dispositions anatomiques des parties qui intéressent l'opération; il rappela que, dans le cas même de vacuité du colon, l'écartement des lames du péritoine permet d'ouvrir l'intestin sans léser cette membrane, et que, dans l'état de distension, ce qui s'observe ordinairement quand il existe un obstacle au cours des matières fécales, la face postérieure de l'intestin peut être à découvert dans l'étendue d'un pouce et demi à deux pouces. Il joignit à son mémoire une planche due, si je ne me trompe, au pinceau de son ami Carswel, représentant cette disposition remarquable. Cette planche et un certain nombre d'autres que l'auteur voulut bien me communiquer avant la séance, répondent victorieusement à toutes les objec-

(1) Ce n'est pas l'opinion du docteur Gluge, professeur d'anatomie pathologique à l'Université libre, qui regarde les tumeurs fibreuses de l'abdomen comme assez fréquentes.

tions faites à son procédé et renversent toutes les difficultés dont on s'est plu à l'entourer. Il suffit de les examiner avec attention pour rester convaincu de la vérité de cette proposition émise dans le mémoire déjà cité, savoir, *que cette opération est plus simple et beaucoup moins dangereuse que celle de la hernie étranglée.*

Les faits nombreux recueillis par Amussat depuis 1839 l'ont mis en mesure de donner un traité complet sur la matière, et il ne tardera probablement plus à le publier; mais il ne me parut guère disposé à y joindre ses planches. Ce serait là une lacune à laquelle rien ne pourrait suppléer. J'espère encore qu'il se ravisera.

Je viens de vous entretenir d'une opération grave par son but et par l'importance des organes qu'elle intéresse; en voici une autre qui se recommande à votre attention par la facilité de son exécution et la fréquence des cas qui la réclament; je veux parler de l'excision des amygdales à l'aide du *tonsillitôme* de Fuhnutak. Cet instrument n'est pas nouveau, même en Belgique, puisque je le connais depuis trois ans; et je n'en dirais rien ici, si je ne lui devais une réparation. Voici le fait : Un mien confrère, professeur d'Université (notez ces mots), m'invita, il y a fort longtemps, à lui servir de second dans une opération d'excision des amygdales, chez un jeune homme de quatorze ans. Il arriva au lieu du rendez-vous, muni de cet instrument venu tout fraîchement de la grande ville. Son mécanisme nous parut simple et ingénieux, et après nous être suffisamment exercés à son maniement, nous résolûmes d'en faire l'application sur notre jeune homme. — Je ne veux pas vous donner ici la description du tonsillitôme : ce serait peine perdue pour ceux qui ne le connaissent pas et fastidieux pour les autres. Je me bornerai à dire qu'il se compose de deux anneaux superposés, dont l'un, mousse, circonscrit la glande et sert de gaîne au second qui est tranchant. Un curseur-aiguille va fixer l'amygdale, tandis que l'anneau tranchant, retiré d'arrière en avant à l'aide de sa tige, abat la glande à la manière d'une guillotine.

Nous voilà donc à l'œuvre : une amygdale est introduite dans l'anneau de l'instrument, nous la fixons au moyen du curseur-aiguille; mais lorsque nous voulons en pratiquer l'excision, en tirant à nous la lame, elle fait lâcher prise à l'aiguille et glisse sur la glande sans l'entamer. Nous revenons une deuxième, puis une troisième fois à la charge, sans être plus heureux. Grand fut notre désappointement. Nous rentrâmes le *tonsillitôme* dans son étui et nous jurâmes bien, le professeur et moi, qu'on ne nous y prendrait plus. Il fallut revenir à l'antique bistouri, et la chose ne fut pas facile. A la vue du couteau, l'enfant, qui n'avait fait nulle difficulté jusque-là, devint indocile : vingt fois il nous força à lâcher prise lorsque l'érigne avait saisi la glande; il fallut en venir aux cris, aux menaces, à la force ouverte; enfin, après plus d'une demi-heure de lutte, nous parvînmes à détacher une amygdale. L'enfant se refusa obstinément à se soumettre à la seconde épreuve, et nous n'insistâmes pas beaucoup, fatigués que nous étions d'un premier assaut, et persuadés d'ailleurs que nous n'y réussirions plus.

Mais quelle ne fut pas ma surprise de retrouver mon tonsillitôme entre les mains d'Amussat! et mon étonnement redoubla encore quand il m'eut dit qu'il allait en faire usage. Comment concevoir, en effet, qu'un homme aussi sûr de sa main pût se fier à un instrument si perfide? Mais le chirurgien me rassura en me disant que j'avais mal jugé l'instrument, et, cela dit, nous nous trouvâmes en face de la malade. C'était une petite fille de sept ans, blonde, et douée d'assez d'intelligence, que la promesse d'une poupée avait armée d'un grand courage, et qui effectivement se soumit sans résistance à l'introduction de

l'anneau dans le pharynx. Il n'y était pas d'une seconde, que l'amygdale était enlevée : je ramassai dans la cuvette une rondelle de quatre lignes environ d'épaisseur et de la largeur d'un franc, qui était coupée avec une grande netteté. L'enfant ne donna aucun signe de douleur; seulement la vue du sang ébranla un peu sa résolution ; mais la poupée vint tout arranger, et la seconde opération ne demanda pas plus de temps et ne causa pas plus de douleur que la première.

Rappelez-vous maintenant, mon cher confrère, les difficultés de tous genres que présente souvent l'ablation des amygdales par les moyens ordinaires, et mettez-les en parallèle avec l'exécution prompte et facile du tonsillitôme. Avec cet instrument, il n'est besoin ni d'aide ni d'abaisseur de la langue ; le premier venu peut fixer la tête, et le support de l'anneau remplace la spatule. Toutefois, ne vous en prenez pas à notre commune maladresse de notre insuccès. Oh ! non, je proteste ici contre toute méchante interprétation. Je vous ai déjà dit que mon confrère est professeur d'Université, et je pourrais ajouter membre du jury d'examen, c'est-à-dire homme qui a fait ses preuves et qui les fait encore tous les jours. — Vous me permettrez de ne rien dire de moi. — Je pense que, dans l'opération pratiquée à l'aide du bistouri, de plus habiles que nous n'auraient pas mieux réussi ; et quant au tonsillitôme, je vous proteste que nous nous y sommes pris en tout comme Amussat. D'ailleurs, l'emploi de cet instrument ne demande qu'un degré d'adresse fort ordinaire, et l'habile chirurgien de Paris n'eût pas été plus heureux que nous s'il avait eu affaire à la même lame. Selon moi, cette grande facilité dans l'application fait du tonsillitôme un des instruments les plus précieux de tout l'attirail chirurgical ; et cependant voyez comme les inventions les plus utiles sont souvent compromises par la négligence ou par l'impéritie de ceux qui les fabriquent.

Maintenant que je me suis acquitté d'un devoir sacré envers le tonsillitôme, envers son inventeur et son *perfectionneur* (Velpeau, je pense), je prie ceux de vos lecteurs pour lesquels ma réhabilitation était inutile, de me pardonner ce hors-d'œuvre; et j'aime à croire que ceux qui ne le connaissaient pas, ou qui le connaissaient mal, ne m'en sauront pas trop mauvais gré.

Un point de physiologie qui intéresse à la fois la science et la morale a été agité à toutes les époques, mais surtout depuis la fin du dernier siècle : celui de savoir *si la tête séparée du tronc est susceptible de souffrir.* La note publiée par Cabanis, an IV de la république, en réponse aux mémoires de Sœmmering, d'Oelsner et de Sue, et dans laquelle il soutenait la négative, paraissait avoir fixé l'opinion à cet égard ; mais Amussat vient de ramener l'attention sur cette importante question, en cherchant à l'éclaircir par la voie expérimentale, et les conclusions qu'il en tire ne sont point d'accord avec celles de l'illustre écrivain. Voici les expériences sur lesquelles il se fonde, et qu'il a fait répéter sous mes yeux, le jour même de mon départ. Lorsqu'on décolle un animal avec promptitude — on opérait sur des moutons — les paupières restent écartées, l'œil conserve son éclat, je dirai presque sa pénétration, et la pupille garde les dimensions qu'elle avait avant l'opération ; en même temps vous voyez les naseaux se resserrer et s'épanouir par intervalles, les mâchoires et les lèvres entrer en mouvement, mais d'une manière qui n'a rien de convulsif, et comme si l'animal essayait de respirer. Ne perdez pas de temps : introduisez le doigt entre les paupières écartées, et vous les voyez se fermer, puis se rouvrir quand vous avez retiré le doigt. Renouvelez ensuite l'expérience; mais au lieu de toucher le globe de l'œil, bornez-vous à toucher les cils, et vous reproduirez le même phénomène. Mais deux ou trois minutes après la décollation, les

cornées deviennent ternes, les paupières s'affaissent et ne répondent plus au stimulant; tous les muscles de la face restent immobiles, et toute trace de vie a disparu.

J'aurais voulu multiplier les épreuves pour éclaircir mes doutes — car il faut douter jusqu'à évidence — sur les rapports du cerveau, séparé du tronc, avec les objets extérieurs ; mais rien n'avait été prévu. La seule que je fis fut d'approcher brusquement le doigt de l'œil comme pour le crever, mais sans produire de contact : les paupières restèrent immobiles. On pourrait renouveler l'expérience dans un lieu obscur, en se servant, au lieu du doigt, d'un corps incandescent, et en observant attentivement l'influence de la lumière sur les oscillations de l'iris.

Le tronc, de son côté, offre des phénomènes également dignes de remarque : les mouvements alternatifs d'inspiration et d'expiration continuent à s'exercer avec force, les contractions du cœur se soutiennent ; le sang artériel, reconnaissable à sa teinte vermeille, est lancé à plusieurs pieds de distance par un jet soutenu. Si l'on vient à boucher la trachée-artère, de manière à fermer tout accès à l'introduction de l'air dans les poumons, au même instant le sang artériel perd son éclat, qu'il reprend dès que l'obstacle est levé. Ainsi, tandis que la tête survit à grand'peine deux à trois minutes à sa séparation du tronc, celui-ci donne encore signe de vie huit à dix minutes après.

Dans une seconde expérience, l'animal fut assommé au moyen d'un lourd marteau. Remarquons en passant que, de tous les animaux domestiques ordinairement employés aux expériences, le mouton est le plus difficile à assommer : aussi celui-ci ne le fut-il qu'au second coup, et sa tête, subitement séparée du corps, fut placée en observation ; mais la paupière était fermée, l'œil éteint et la face complètement immobile. L'introduction du doigt entre les paupières ne provoqua pas la moindre contraction ; en un mot, toute vie avait été anéantie du coup.

Le tronc resta d'abord frappé d'immobilité comme la face; pas de mouvement respiratoire. Cependant les contractions du cœur lançaient encore le sang artériel par un jet soutenu, quoique considérablement affaibli ; mais il avait perdu la teinte vermeille qui le distingue du sang veineux. Peu à peu néanmoins, les membres commencèrent à s'agiter, les parois du thorax se remirent en action, et le sang artériel ne tarda plus à reprendre sa couleur normale. L'action musculaire du tronc et des membres se ranima complètement, et elle ne fut pas de plus courte durée dans ce cas que dans ceux où la décollation n'avait pas été précédée de la commotion; le mouvement des membres était encore si énergique plus d'un demi-quart d'heure après l'exécution, que j'avais grand'peine à les maîtriser.

Quoique les détails dans lesquels je viens d'entrer ne se rattachent pas directement à la question principale, j'ai cru que leur importance, au point de vue physiologique, m'autorisait à les mentionner ici. Je reviens maintenant à l'objet de ce chapitre, c'est-à-dire à l'examen spécial des faits observés dans la tête séparée du tronc. — Les paupières se contractent au contact d'un corps étranger, et Amussat se croit autorisé à conclure de là qu'il y a sensation, douleur, et que la conscience du *moi* survit à la décollation, lorsqu'elle se fait avec rapidité, comme par l'action de la guillotine. — Vraiment je ne puis me rallier à cette opinion, et quelque fondée qu'il la croye, quelles que fussent les raisons dont il a cherché à l'étayer, sa conviction n'a pu arriver jusqu'à moi.

Que conclure en effet de ce phénomène, sinon que la sensibilité et la contractilité organiques survivent à la sensibilité et à la contractilité animales

dans la face comme dans le reste du corps? Stimulez le cœur et quelques autres muscles du tronc, une heure et même plus longtemps après la décollation, et vous provoquerez la contraction de leurs fibres. Personne n'ignore que certains animaux privés de la tête n'en exécutent pas moins une série de mouvements réguliers, subordonnés, pendant la vie, à l'empire de la volonté. Il s'est même trouvé des physiologistes d'un grand mérite qui en ont tiré la conséquence qu'il existe d'autres centres de perception que le cerveau. Mais admettons que toute vie ne soit pas éteinte dans la tête dès l'instant où elle est séparée du corps; admettons, par impossible, que si on parvenait à rétablir immédiatement ses rapports physiologiques avec le tronc, elle serait encore apte à sentir et à penser; eh bien! dans cette hypothèse même, je soutiens qu'il n'y a pas de sensation possible. Expliquons-nous par un fait que tout le monde peut vérifier; soyons même généreux, et mettons tout à l'avantage de l'opinion que nous combattons. Supposons que la tête séparée du tronc, et soustraite ainsi à toute influence vitale, soit dans les mêmes conditions que celle d'un individu tombé en syncope dans toute l'acception du mot: eh bien! tourmentez cette tête inanimée, introduisez-lui le doigt entre les paupières, et lorsque le sentiment lui sera revenu, demandez-lui compte de ce qu'elle a éprouvé entre la perte et le retour de sa connaissance, et voyez ce qu'elle vous répondra; et cependant son œil s'est également fermé à l'approche du doigt et s'est rouvert lorsqu'il fut retiré. — Qu'y a-t-il à répondre à cela?

Dira-t-on que si le cerveau était étranger aux phénomènes observés dans la première expérience, ils se seraient encore montrés dans la seconde, et que l'absence de contraction musculaire dans ce cas tenait évidemment au défaut d'influence, à la mort de l'encéphale, déterminée par la commotion? Mais je suis loin de nier cette influence du cerveau; ce que je nie, c'est qu'il en ait la conscience. Et pourquoi en effet l'encéphale et les nerfs qui en émanent manqueraient-ils de cette vie organique que nous retrouvons après la décollation dans l'appareil rachidien et ses dépendances?

Mais, me direz-vous peut-être, vous qui vantez les douceurs de la décollation: Seriez-vous par hasard partisan de ce genre de supplice? Je ne vous dirai pas, mon cher confrère, ce que je hais le plus du meurtre criminel ou du meurtre légal, du meurtre commis sous l'influence souvent si puissante de la passion, ou du meurtre froid et calculé de la justice; du meurtre qui a sa source fatale dans la misère et l'ignorance, ou du meurtre infligé par des hommes que le hasard de la fortune et de l'éducation a peut-être seul empêchés de devenir coupables à leur tour, et qui prétendent agir au nom d'une société qui se *venge*, c'est-à-dire qui commet un crime d'autant plus déplorable qu'il est au moins sans utilité pour elle: je me bornerai, pour toute réponse, à rapporter ici les paroles suivantes de Cabanis: « Je bénirai surtout nos législateurs quand ils croiront pouvoir abolir une peine que j'ai toujours considérée comme un grand crime social, et qui, suivant moi, n'en prévient jamais aucun. »

A en juger par les expériences faites sur l'animal vivant, la pendaison, fort en honneur encore chez nos voisins d'outre-Manche, paraîtrait infiniment plus douloureuse que la décollation. Amussat voulut nous faire comparer ces deux genres de supplice, et c'est encore un pauvre mouton qui fit les frais de la leçon: un nœud coulant lui fut passé autour du cou, puis on le pendit à une poulie de l'abattoir. Aussitôt les muscles des membres et du tronc entrèrent en convulsions, et l'animal fit des contorsions horribles pour se dégager. Il y avait près de six minutes que ce martyre durait, lorsque Amussat commença ses expériences sur l'introduction de l'air dans les veines.

Vous savez, mon cher confrère, qu'il avait conclu des nombreuses expériences consignées dans son mémoire couronné par l'Académie, que l'air n'est aspiré dans le vaisseau que jusqu'au point où arrive le reflux du sang, c'est-à-dire le pouls veineux. De nouvelles recherches ont démontré que cette introduction peut avoir lieu au delà de ce point. Pour nous en convaincre, il découvrit, toujours sur un mouton, la veine jugulaire droite dans toute son étendue, puis il la divisa en travers dans toute son épaisseur, à deux pouces environ après sa sortie du crâne. Les parois du bout inférieur s'affaissèrent sur elles-mêmes, et le bout supérieur seul continua à fournir du sang. Nous n'entendîmes pas le bruit de reniflement qui annonce l'entrée de l'air dans la veine, mais il n'y pénétra pas moins; car trois minutes s'étaient à peine écoulées que l'animal se trouvait déjà fort abattu, ne remuant les membres que par intervalles, quoiqu'il n'eût encore perdu qu'une quantité de sang bien insuffisante pour l'affaiblir. Je ne me rappelle pas l'état de sa respiration; l'heure d'ailleurs me pressait, et je ne pus attendre la mort de l'animal pour constater l'accumulation de l'air dans le cœur. Je m'échappai à la hâte de l'abattoir de Grenelle, plein de regrets de ne pouvoir assister aux autres expériences qu'Amussat nous promettait encore. Je jetai, en sortant, les yeux sur le pauvre mouton ; il luttait toujours. Il me vint alors une pensée ; mais il était trop tard : l'influence de la pendaison sur l'appareil génital de l'homme est un fait bien constaté ; j'aurais dû chercher à le vérifier sur le mouton. — Mais pour en revenir au but de cette expérience, qui était de comparer la souffrance endurée dans deux genres de mort différents, il ne faut pas, je crois, prendre la chose trop à la lettre ; on cite, en effet, bon nombre d'exemples d'individus qui, rappelés à la vie après avoir été pendus, n'ont gardé aucun souvenir de leurs tortures. La compression du cerveau par l'accumulation du sang dans les veines et les sinus veineux, et l'état d'asphyxie déterminé par la strangulation, rendent au moins la chose fort vraisemblable. Pour ce qui regarde l'expression convulsive des muscles du tronc et des membres, n'avons-nous pas constaté les mêmes phénomènes chez les animaux décapités ?

Je devrais bien terminer ici ce qui est relatif à Amussat, quoique la matière ne soit pas épuisée ; mais je vous, demande encore grâce pour une petite anecdote qui ne manque pas d'un certain intérêt. Elle m'a été communiquée, pendant une séance de l'Académie de médecine, par un ancien camarade que j'y rencontrai : c'est ce que j'en rapportai de plus important. Quant à la discussion de la savante compagnie, discussion qui n'eut de piquant que l'objet à l'ordre du jour : « Sur les propriétés thérapeutiques de l'*urtica urens*, » je renvoie aux journaux qui en ont rendu compte.

Vous vous rappelez, mon cher confrère, et quelques-uns de vos lecteurs se rappelleront comme vous une observation remarquable, et sans antécédents dans la chirurgie, d'opération de vagin artificiel pratiquée par Amussat sur une jeune fille de treize à quatorze ans; vous n'avez pas oublié non plus que cette opération, déclarée impraticable et même téméraire par Boyer, Roux, Marjolin et tout ce que Paris comptait d'illustre en chirurgie, fut faite avec un succès qui surpassa toutes les prévisions; que non-seulement elle ouvrit une voie suffisante à l'écoulement des règles, qui ne tardèrent pas à paraître, mais que cette voie suffisait même à l'accomplissement d'un acte plus important encore. Tous ces détails ont été publiés ; mais l'histoire ne s'arrête pas là, et grâce à la petite indiscrétion de mon confrère, qui, d'ailleurs, ne m'a pas imposé le secret, je suis à même de vous la compléter.—La chirurgie avait donc résolu son problème : *Composer un vagin de toutes pièces là où il n'en existe aucune trace.* La nature avait après cela le sien à résoudre : il s'agissait de savoir de quelle manière cet

organe nouveau se comporterait dans l'acte de la parturition. Mais la nature n'opère pas seule, et, comme le dit le bon Lubin : *on ne fait rien de bien qu'à deux*; en un mot, il fallait un mari. Un homme s'est rencontré, et cet homme était un confrère, et pour qu'il ne manquât rien au merveilleux de la chose, ce fut celui-là même qui avait présenté la jeune fille à l'opérateur. S'était-il acquis par sa participation active quelque droit à cette haute faveur? c'est ce que je ne puis vous dire ; mais toujours est-il qu'il épousa sa cliente. Quelle preuve plus concluante que le succès de l'opération ne laissait rien à désirer? Amussat se frotta les mains en apprenant cette bonne nouvelle : il voyait déjà, à neuf mois de là, la possibilité d'ajouter à son observation le chapitre qui y manquait; et quant aux particularités qu'il lui importait de connaître, il avait sur les lieux mêmes un observateur dévoué sur lequel il pouvait se reposer. Cependant les neuf mois se sont révolus plus d'une fois depuis l'événement, et rien n'apparaît à l'horizon. Les choses en sont venues au point qu'Amussat commence à craindre sérieusement pour son observation; mais l'observateur ne se rebute pas et espère toujours. Cette confiance vivace est une preuve sans réplique que le confrère est fort au courant de sa physiologie, et qu'il sait que l'élément sensuel n'est pas indispensable à l'accomplissement de ses vœux; sinon il devrait avoir perdu toute illusion dès le premier jour. Je n'ai pas l'observation dont il s'agit sous les yeux, et je ne me rappelle pas bien exactement l'état des parties sur lesquelles on opéra; mais, pour autant que je m'en souvienne, le tissu érectile y était tout à fait étranger.

LOUIS.

ENTRETIEN SUR LA PHTHISIE PULMONAIRE.

Prenons maintenant congé d'Amussat pour nous rendre à la visite de Louis, à l'hôpital Beaujon. Louis est médecin de l'Hôtel-Dieu, et cette marque de distinction lui était bien due; mais les travaux d'art qu'on y exécute l'ont momentanément relégué à Beaujon. C'est d'ailleurs le même homme partout : même régularité dans son service, même persévérance et même sévérité dans ses recherches, même mode d'observation. Aujourd'hui comme autrefois, chaque histoire de maladie est prise avec le plus grand soin, chaque nécropsie étudiée dans tous ses détails, et c'est de la comparaison de ces faits particuliers, réunis en grand nombre, qu'il déduit ces lois pathologiques dont chaque jour vient sanctionner la justesse. L'apparition de Louis dans la science a été l'ère d'une observation plus rigoureuse. Toujours à la recherche des faits, sans trop s'inquiéter de l'interprétation qu'on leur donne selon la doctrine en crédit, c'est lui que la doctrine physiologique rencontra un des premiers sur la brèche, et l'on sait lequel de l'homme de génie ou de l'observateur persévérant est resté maître du terrain.

Un motif particulier m'amenait d'ailleurs près de ce médecin : celui de connaître le résultat de son appel à l'universalité des praticiens pour les convoquer à une croisade générale contre la phthisie pulmonaire, qu'il appelle, à bon droit, le plus cruel ennemi du genre humain. Mais il faut du temps pour qu'une pareille expédition soit organisée, et je ne crois pas, après tout, que Louis lui-même ait une foi bien robuste dans son avenir. Cependant il se fait un devoir d'expérimenter et de soumettre à un contrôle rigoureux toutes les méthodes recommandées contre cette terrible affection, pourvu, bien entendu, qu'elles émanent d'une source respectable; mais jusqu'ici il n'a retiré de tous ses essais qu'une seule conviction, savoir, que les cas dans lesquels ces

moyens ont été suivis de succès n'étaient rien moins que des cas de phthisie. Toutefois, s'il croit à l'impuissance actuelle de l'art dans la tuberculisation des poumons, ses recherches nécroscopiques, et surtout celles qui ont été faites à la Salpêtrière, ne lui permettent pas de douter que la nature, livrée à ses propres ressources, ne puisse en triompher quelquefois. C'est presque toujours, en effet, chez des sujets qui n'ont été soumis à aucun traitement régulier, qui n'ont eu pour règle de conduite que leurs penchants et leurs appétits, que ces guérisons ont été constatées. « Ces faits sont de nature à faire réfléchir, lui dis-je, et nous pourrions peut-être en déduire une méthode plus rationnelle et plus efficace que toutes les autres. — Et quelle est cette méthode? reprit le professeur. — Celle de laisser faire la nature et de ne pas contrarier ses indications instinctives. — Je suis bien de votre avis, me dit-il; aussi voyez-vous que je la mets en pratique dans mon service: c'est celle à laquelle l'observation nous ramène toujours.—Vous avez sans doute expérimenté l'huile de foie de morue? poursuivis-je.—Pas jusqu'ici, me dit-il; je viens encore de payer mon tribut à la méthode ammoniacale de Grimaud, qui n'a pas mieux tenu ses promesses que toutes les précédentes. Quant à celle dont vous me parlez, j'attends encore: plusieurs de mes collègues sont en train d'expérimentation, et nous verrons ce qui en aviendra; d'ailleurs, je vous avoue que le peu de confiance que m'inspirent certains prôneurs de ce mode de traitement m'a déterminé à ne pas trop me hâter.» —Je répondis à ces observations que mes recherches particulières n'étaient pas en désaccord avec celle de ces médecins; que depuis près de huit ans que je faisais usage de ce moyen dans la phthisie, j'en avais obtenu des résultats vraiment dignes de fixer l'attention des praticiens; que ces faits, en partie consignés dans un journal de médecine belge, ne me permettaient pas de douter que, dans mainte circonstance, je n'eusse enrayé la marche de la tuberculisation parvenue même à la période de ramollissement.— Louis accueillit ces paroles avec le sourire d'un homme qu'une longue expérience a rendu incrédule; il me félicita cependant de l'empressement que j'avais mis à répondre à son appel; et il reprit tranquillement le cours de sa visite. Lorsqu'il eut fini, il me témoigna le désir d'avoir une entrevue avec moi, et il me donna rendez-vous chez lui pour le lendemain soir. J'y étais à l'heure convenue.

Je trouvai cet homme studieux occupé à rédiger une note pour le *Guide du Médecin praticien*, publié par le docteur Valleix. Notre préambule ne fut pas long, et bientôt nous nous retrouvâmes en présence de la question que nous avions entamée la veille : il me pria donc de lui dire mon opinion au sujet de la phthisie et d'exposer avec quelques détails le traitement que je lui opposais. Je me rendis à ses désirs (1) :

(1) J'ai donné à ce paragraphe quelques développements qu'il n'avait pas dans la *Belgique médicale :* ils sont empruntés en substance à mon mémoire intitulé : *De la nature et du traitement de la Phthisie pulmonaire*, publié en 1843. Je n'ai pas anticipé sur ce qui été a fait depuis : il n'y est pas même question des recherches de Recquerel et Rodier sur la composition du sang des phthisiques; recherches qui ne confirment pas de tous points celles que j'ai invoquées dans ce mémoire. Mais cela n'ôte rien à la valeur des faits. Qu'il y ait ou non viciation primitive du sang, il est évident que l'insuffisance de l'hématose exige qu'on vienne à son aide par tous les moyens possibles, et l'observation prouve combien cette pratique est rationnelle. Au surplus, si je reviens ici sur des faits déjà publiés, c'est que l'opinion ne me semble pas suffisamment formée à ce sujet, et que je les crois propres à l'éclairer. En effet, deux doctrines envisageant la question sous des points de vue opposés sont ici en présence : l'une d'elles a prévalu chez la grande majorité des praticiens sans les détacher entièrement de l'autre; de sorte que, dominés par cette double influence, ils suivent une thérapeutique mixte et font marcher de concert des moyens qui s'excluent naturellement. Il en est d'autres qui sont restés étrangers à tout ce qui s'est passé autour d'eux,

« La tuberculisation pulmonaire, lui dis-je, n'est pour moi qu'une autre forme de la tuberculisation scrofuleuse. Cette manière de voir est, d'ailleurs, celle de plusieurs pathologistes : on observe, dans les deux cas, les mêmes caractères anatomiques, le même mode de développement des produits morbides ; de plus, la même constitution, les mêmes causes physiques prédisposent à ces deux affections que l'on rencontre souvent confondues dans le même individu. Partant de là, il était rationnel de les considérer l'une et l'autre comme la conséquence d'un même état pathologique et d'employer dans la forme pulmonaire un traitement qui, appliqué à la forme strumeuse, jouît d'une efficacité incontestable. C'est ce qui me décida à recourir à l'emploi de l'huile de foie de morue, fort en vogue en Belgique, où une observation traditionnelle a permis d'en constater les bons effets dans l'adénite strumeuse et dans toutes les affections qui reconnaissent le même principe. Je fus plus heureux que je ne m'y attendais : la plupart des malades traités par ce moyen en ressentirent bientôt des effets avantageux. Il est vrai que cette amélioration ne fut le plus souvent que passagère, et que la maladie, retardée pendant quelque temps dans sa marche, finit par arriver à son terme ordinaire ; mais, dans d'autres circonstances, l'amélioration ne se démentit pas ; il y eut véritablement arrêt dans le travail pathologique et tous les symptômes s'amendèrent d'une manière inattendue, malgré la persistance des signes physiques attestant de graves désordres dans les poumons; de sorte qu'après un traitement d'un à six mois au plus, on vit ces malades, voués en apparence à une mort prochaine, rendus à un état de santé qui ne leur laissait plus la moindre inquiétude.

« Il n'y avait pas à en douter : ce résultat était dû en grande partie à l'huile de foie de morue, puisque d'ailleurs aucun changement essentiel n'avait été fait à mon traitement ordinaire. Restait à vérifier si une méthode plus homo-

et qui, par conviction ou autrement, traitent encore la phthisie comme on la traitait il y a quinze ans.

Voici à cet égard un fait tout récent qui me semble instructif sous plus d'un rapport :

Un enfant de 5 ans, faible, rachitique, habitant une campagne près de Paris, est pris, en juin dernier (1845), d'une coqueluche à la suite de laquelle il dépérit à vue d'œil. Son médecin soupçonne un commencement de tuberculisation ; il découvre un peu de matité au sommet du poumon droit : en conséquence, le régime antiphlogistique dans toute sa rigueur, les cataplasmes, les sangsues, les vésicatoires. . . sont mis en usage, mais en pure perte. La mère, qui est ma parente, me demande conseil, joignant à sa lettre une consultation détaillée du médecin. Le diagnostic me paraît fondé ; mais je propose de substituer au traitement suivi celui que j'expose dans ce chapitre. Un sourire significatif accueillit cette proposition : le médecin ne s'y ralliait nullement. La mère, inquiète, mande près de l'enfant un médecin justement renommé. Celui-ci se range de l'avis du médecin ordinaire, et dans une consultation où le mot *Tubercules* figure en tête, il ajoute aux moyens déjà mentionnés un nouveau vésicatoire, les bains chauds, une seconde enveloppe de flanelle. Dans cette cruelle perplexité, la mère se décide à m'amener son fils : il m'arrive le 4 septembre, pâle, exsangue, maigre, morose, et tellement faible qu'il ne peut monter seul dans son petit lit. Il n'a qu'un désir, désir qui n'est jamais satisfait, celui de manger. Je lui donne du bouillon, du bœuf rôti et du fruit, à son appétit, pour boisson de l'eau rougie ; il prend le soir avec plaisir une demi-cuillerée d'huile de foie de morue ; je le débarrasse d'un gilet de laine; les croisées de sa chambre restent ouvertes la nuit, et rien ne l'indispose. Les mêmes moyens sont continués les jours suivants : bientôt les forces reviennent, et dès qu'il peut courir et réagir contre le froid, je lui enlève son second gilet de flanelle — cette flanelle forçant la perspiration cutanée, nuit plus souvent qu'elle ne profite aux phthisiques, surtout quand ils sont en bas âge — et tout marche à merveille. Je le renvoie à la campagne, où le traitement est continué ; il en revient le 26 septembre dans un état on ne peut plus satisfaisant, gai, espiègle, joufflu, ne toussant plus, et paraissant ne jamais avoir été malade.

Cette observation sera publiée en son lieu avec les détails convenables. J'y joindrai la consultation du professeur de la Faculté de Paris, et en cela je ne serai guidé que par des motifs louables, car l'auteur de cette pièce a des droits à l'estime et à la reconnaissance de tous les médecins ; elle est signée : Guersent.

gène et plus complète donnerait un résultat plus satisfaisant. Ce fut pour moi le sujet de nouvelles recherches que je n'ai cessé de poursuivre depuis 1837.— Pendant ce long intervalle, la plupart des questions relatives au traitement de la phthisie furent reprises en sous-œuvre ; quelques moyens nouveaux furent expérimentés, mais j'insistai plus particulièrement sur ceux qui ont été recommandés dans ces derniers temps par des hommes dignes de foi.

« Or, il résulte de ces recherches qu'aucun agent pharmaceutique ne jouit, au même degré que l'huile animale, de la propriété de neutraliser la diathèse tuberculeuse; que l'utilité de ces agents se borne le plus souvent à écarter les complications qui s'opposent à l'action des modificateurs généraux, mais qu'ils ajoutent rarement, si jamais, à cette action ; que ces modificateurs les plus puissants sont du ressort de l'hygiène, à laquelle l'huile de foie de morue elle-même appartient essentiellement, et que, mieux connus dans leur manière d'agir, plus constants dans leurs résultats, ils n'exposent pas aux mêmes mécomptes que les moyens pharmaceutiques proprement dits.

« C'est donc de l'hygiène que la méthode dont j'ai à vous entretenir tire ses principales ressources; mais avant d'en discuter les détails, permettez-moi de vous rappeler un fait qui sert en quelque sorte de base à cette discussion : je veux parler des recherches faites il y a quelques années pour constater la composition du sang dans les divers états morbides. Vous savez que l'analyse chimique du sang des phthisiques, confirmant en cela l'opinion des anciens, a fait reconnaître dans ce liquide un défaut d'animalisation, c'est-à-dire que la partie colorante ou globulaire, l'élément essentiellement vital du sang, s'y trouve en moindre proportion qu'à l'état normal ; vous savez que cette diminution, plus ou moins marquée, mais constante, s'observe même avant l'époque présumée de la tuberculisation. Or, cette altération du sang est précisément celle qui caractérise les affections asthéniques essentielles. S'ensuit-il que la phthisie pulmonaire doive se rattacher à ce genre de maladies ? Peut-on conclure de ce rapport de viciation entre les liquides que la même analogie existe dans les causes qui l'ont déterminée ? Les faits invoqués dans les expériences mentionnées ci-dessus ne me paraissent pas concluants à cet égard. En effet, tous les sujets dont le sang fut soumis à l'analyse séjournaient à l'hôpital, atteints ou menacés de phthisie : mais quelle que soit la perfection de nos moyens d'exploration, elle ne va point jusqu'à préciser le moment où les tubercules se déposent dans le poumon ; de sorte que rien ne démontre qu'il n'en existait pas là où leur présence n'a pu être constatée. La question de priorité entre l'altération des liquides et celle des solides reste donc toujours en suspens; mais à défaut de preuves péremptoires et matérielles, qui nous manquent encore, la pratique médicale, que je ne crains pas d'invoquer ici, vient donner un grand poids à cette présomption ; car s'il est vrai que *la nature des maladies se révèle par le résultat de leur traitement,* la nature de la phthisie ne peut plus être mise en doute.

« Ce fut donc au point de vue de la viciation primitive du sang que je dirigeai mes recherches, et quelque incomplet que puisse être le fait qui la représente, j'ai préféré le prendre pour guide que de m'égarer à la suite d'hypothèses plus ou moins ingénieuses. Or voici le problème dont j'ai cherché la solution :

« 1° *Augmenter la masse du chyle, c'est-à-dire le nombre des globules chyleux à transformer en globules sanguins par le travail de l'hématose ;*

« 2° *Favoriser par tous les moyens l'acte de la respiration chargé de cette transformation ;*

« 3° *Hâter le double mouvement de décomposition et de recomposition molé-*

culaires, pour amener le plus promptement possible la régénération de l'organisme par le sang régénéré;

« *4° Prévenir ou écarter tout ce qui peut troubler ce travail.*

« J'ai parlé des avantages de l'huile animale : ce résultat suffit pour en justifier l'emploi, de quelque manière qu'elle agisse d'ailleurs. Qu'il me soit cependant permis de vous dire mon opinion sur ce point. Je me garderais bien de vous en faire part, si je ne voyais dans cet agent thérapeutique qu'un médicament dont l'action se dérobe à nos sens ; mais l'huile animale est plus qu'un médicament, car elle jouit de propriétés alimentaires très-marquées, et c'est sous ce rapport seulement que je me crois autorisé à parler de son mode d'action.

« Il résulte des recherches de Sandras et de Bouchardat sur la digestion, que les huiles grasses ingérées par les animaux donnent lieu, eu égard à leur masse, à une proportion plus considérable de chyle que toute autre substance. Or, puisque le chyle représente une masse de globules destinés à se transformer en globules sanguins par l'acte de l'hématose; puisque, d'un autre côté, l'élément globulaire fait défaut dans le sang des phthisiques, n'est-ce pas à cette faculté de restituer à ce liquide l'élément qu'il a perdu, et de rétablir par là l'équilibre rompu, que cet agent doit en partie sa propriété curative ? Je dis en partie, car évidemment ce fait ne répond pas à tout, et, d'un autre côté, je ne veux pas m'aventurer ici dans une discussion sans utilité. Pour ne pas sortir des limites de la stricte observation, je me bornerai à dire que l'huile animale, différant en cela des autres huiles fixes, ne fatigue nullement l'estomac des phthisiques, qui la digèrent ordinairement avec une étonnante facilité, et qu'elle ne produit la diarrhée qu'exceptionnellement.

« J'en porte ordinairement la dose journalière à deux ou trois cuillerées à soupe, à prendre immédiatement avant les repas. Je la réduis de moitié pour les enfants. Je la donne sans hésiter quand l'appareil digestif fonctionne régulièrement. S'il existe de la soif, de l'anorexie, il faut imposer la diète au malade et ne lui donner pour boisson que de l'eau fraîche pure ou légèrement acidulée, jusqu'à ce que l'appétit ait reparu. On en revient alors aux aliments, et l'huile passe ordinairement avec eux. Cependant, lorsque l'appétit tarde trop à reparaître et que l'état du malade s'aggrave, il est prudent d'en essayer l'emploi, mais avec réserve, quitte à le suspendre immédiatement s'il fatigue l'estomac. Si à ces symptômes il se joint de la diarrhée, des douleurs abdominales, les lavements frais amidonnés, auxquels on ajoute quelques gouttes de laudanum quand ils n'atteignent pas leur but, produisent souvent de bons effets. Je prescris ordinairement l'huile sans mélange : c'est ainsi, en général, qu'elle se prend le mieux ; et lorsque les voies digestives ne présentent pas de contre-indication, il n'est pas trois malades sur cent qui ne parviennent à la prendre et qui ne la supportent. Loin de là, il est digne de remarque que la diathèse tuberculeuse semble favoriser cette tolérance, et que parfois même, surtout chez les enfants, on rencontre un goût bien prononcé et comme instinctif pour cette substance peu savoureuse pour tout autre individu. En effet, j'ai à plusieurs reprises essayé de la faire prendre à des enfants bien portants, et dans la plupart, si ce n'est dans tous les cas, elle fut refusée ou rejetée par le vomissement. Le fait est facile à vérifier, et je le recommande à votre attention.

« Quoiqu'il semble bien prouvé que l'action thérapeutique de l'huile de foie de morue peut s'exercer sans l'intermédiaire de la digestion, il est cependant rare que je l'emploie en frictions : non-seulement, en effet, cette voie est moins propre à l'absorption que la surface digestive, mais dans une affection où la

respiration cutanée est appelée à suppléer à celle des poumons, serait-il bien logique de couvrir la peau d'une substance qui forme obstacle à l'action de l'air sur le sang contenu dans ses capillaires ? Cette considération et d'autres inconvénients attachés à ce mode d'administration font que je le réserve pour les cas où l'administration par l'estomac me paraît formellement contre-indiquée.

« Je prescris en même temps une alimentation tonique et fortement animalisée, afin de rendre au sang le degré de vitalité nécessaire pour réveiller l'action des organes.

« Les phthisiques ont en général un goût fort prononcé pour les salaisons. C'est là une de ces indications instinctives que je tiens d'autant plus à ne pas contrarier, qu'ils se trouvent ordinairement fort bien de ce genre d'alimentation ; et si l'observation ne venait justifier cette manière de faire, la théorie ne manquerait pas encore d'arguments spécieux pour la faire valoir. On connaît l'action de l'hydrochlorate de soude sur le sang qu'il vivifie, en quelque sorte, à la manière de l'oxygène, par un procédé que je ne cherche pas à pénétrer, mais qui, en dernier résultat, aboutit peut-être à l'oxygénation du sang. Or, lorsque l'hématose est en souffrance, n'est-on pas en droit d'espérer quelque avantage d'un agent qui semble compléter la respiration, d'un agent dont le besoin se fait d'autant plus impérieusement sentir que le régime alimentaire est plus insuffisant, que l'air respiré est moins propre à vivifier le sang ? Après tout, l'usage des aliments salés dans la phthisie n'est pas de date récente : je me bornerai à citer ici le nom de Salvadori, qui en faisait un précepte formel.

« Vous parlerai-je maintenant de la température des boissons imposées aux malades? C'est partout le même accord entre les faits et le raisonnement pour condamner la routine reçue. Les phthisiques recherchent les boissons froides comme les mets salés, et l'homme de l'art leur refuse les uns comme les autres. Cependant, lorsqu'on réfléchit à la tendance que l'estomac et les viscères qui l'environnent ont à se phlogoser, n'est-il pas bien plus rationnel de chercher à en diminuer la chaleur par l'ingestion de boissons froides? Voici d'ailleurs une expérience rapportée par Burdach ; chacun peut la répéter : Mesurez, au moyen d'un thermomètre, la température de l'épigastre, de la poitrine, de la tête, des membres, et enfin celle de l'urine au moment où elle sort de la vessie; cela fait, avalez un verre de tisane chaude, et bientôt après le thermomètre marquera deux degrés de plus à l'épigastre, à la poitrine, à la tête, et un degré seulement aux extrémités. Vous obtiendrez des résultats inverses en expérimentant avec l'eau froide. N'est-il pas évident que vous favorisez la fièvre et les congestions viscérales dans le premier cas, et que vous les combattez dans le second? — Je ne prescris donc que des boissons froides aux phthisiques, soit de l'eau rougie, une bière légère, ou une infusion amère aux repas, et rien que de l'eau fraîche dans l'intervalle.

« L'application soutenue de l'eau fraîche sur la muqueuse gastrique en réprime la phlogose, comme elle ferait d'un érythème cutané à la suite d'une brûlure. Mais c'est surtout lorsque la présence des aliments dans les voies digestives en exalte la vitalité, que son action devient nécessaire pour la maintenir dans les limites physiologiques. D'ailleurs, il ne faut pas perdre de vue que l'eau fraîche renferme une certaine proportion d'air plus riche en oxygène que l'air atmosphérique, dont l'ébullition la dépouille, et qui, mêlé au chyle et absorbé avec lui, aide à la fois à la digestion et à la sanguification. Au surplus, je ne me borne pas à l'emploi intérieur de l'eau froide, je l'emploie encore en lotions sur les membres, le visage, le cou, et parfois même sur le

thorax, pour enlever la chaleur aride des extrémités, dissiper les bouffées à la tête et réprimer les exacerbations fébriles. Ces lotions, l'action de l'air extérieur et l'ingestion de l'eau fraîche, constituent le moyen le plus propre à ramener la température organique à son degré normal, à prévenir ou au moins à modérer les sueurs nocturnes qui, d'ordinaire, sont proportionnées à l'intensité de l'accès du soir.

« Après les aliments qui nourrissent et l'air qui vivifie, le premier des moyens est l'exercice musculaire à l'air libre, et surtout la gymnastique appropriée à l'état des malades. Mais pour nous faire une idée plus complète des avantages qu'il procure, analysons en peu de mots sa manière d'agir. Notons d'abord que l'action musculaire portant le sang du centre à la périphérie, s'oppose par cela même aux fluxions viscérales et à celles des poumons en particulier ; notons que ce sang, reçu dans les capillaires cutanés, y subit un travail d'hématose analogue à celui qu'il subit dans les poumons ; notons que l'air extérieur, plus pur, plus dense et plus riche d'oxygène, sous un volume donné, que l'air habituellement respiré par les malades, supplée jusqu'à certain point à la diminution de la surface respiratoire par l'activité qu'il imprime à l'hématose dans la portion saine de l'organe, et que, contenant moins de calorique, il en soustrait d'autant plus aux poumons, qu'il rend par là moins susceptibles de s'enflammer. Outre cela, l'exercice musculaire accélère le double mouvement de décomposition et de recomposition qui régénère l'organisme, il rétablit les sécrétions physiologiques qui épurent les humeurs ; le besoin de réparation en devient plus imperieux, les fonctions réparatrices se réveillent, les forces renaissent..... Aucun autre moyen ne répond à tant d'indications à la fois. Lorsque l'état des forces le permet, je ne vois rien qui puisse s'opposer à son emploi, ni le froid, ni la chaleur atmosphériques; l'action musculaire défend suffisamment les malades contre le premier, les lieux boisés et frais contre la seconde. Il convient surtout qu'ils sortent et se livrent à l'exercice de bon matin pendant les jours de chaleur, et cette mesure a encore cela d'avantageux qu'elle prévient les sueurs colliquatives qui, d'ordinaire, arrivent après le lever du soleil. Souvent on obtient encore ce résultat en tenant les croisées ouvertes pendant la nuit. Au reste, l'utilité d'aérer souvent la chambre des phthisiques me paraît assez établie par les considérations dans lesquelles je viens d'entrer.

« Le mouvement communiqué, et surtout l'équitation, remplacera l'exercice actif lorsque le sujet est incapable de s'y livrer, ou qu'il se trouve fatigué d'un exercice antérieur.

« Il résulte de ce qui précède que le séjour de la campagne est un des points les plus essentiels du traitement de la phthisie. L'influence des voyages est plus salutaire encore, et il n'est pas nécessaire pour cela que les malades se transportent dans les pays chauds. Il est en effet fort douteux, et ce doute se fortifie de la statistique reproduite dans vos *Recherches sur la Phthisie pulmonaire*, que cette affection soit plus rare dans le Midi que dans les climats tempérés et septentrionaux de l'Europe ; mais, ce qui est bien positif, c'est qu'en général les fortes chaleurs affaissent singulièrement les phthisiques, et que le soleil du printemps leur est au moins aussi nuisible que les premiers froids de l'automne. L'action du froid serait d'ailleurs beaucoup moins fâcheuse si les précautions employées pour s'en garantir étaient mieux entendues. Est-il rien de moins rationnel que la pratique banale de renfermer ces malades dans des chambres fortement chauffées, où un air raréfié et impur vicie leur sang, congestionne leurs viscères, entretient leur malaise fébrile ; où, privés de mouvement musculaire, ils restent transis de froid à côté

d'un poêle ardent ? Que, dans cet état de choses, ils viennent à s'exposer au moindre refroidissement, ils n'auront souvent pas la force de réagir, et leur imprudence pourra leur coûter cher.

« J'arrive maintenant à la thérapeutique purement médicale. Vous avez démontré d'une manière irréfragable, monsieur, que la tuberculisation est indépendante de l'inflammation et que celle-ci n'est que la conséquence de celle-là. Que si, dans certains cas, bien plus rares qu'on ne l'admet généralement, l'inflammation précède et détermine la tuberculisation, sa cause primitive n'en réside pas moins dans une disposition diathésique antérieure à tout désordre local, sans laquelle il n'y a pas de tuberculisation possible. Ce n'est donc pas par des émissions sanguines que je cherche à combattre cette phlegmasie : comme vous, je n'y ai recours que lorsque l'asphyxie est imminente ou la douleur extrême. N'est-il pas clair que si le sang des phthisiques présente les mêmes conditions que celui des sujets affaiblis par plusieurs saignées, de nouvelles soustractions n'auraient pour résultat que de l'appauvrir encore et d'ajouter aux causes déjà existantes de la maladie ? Après tout, en admettant même que l'on n'ait pas exagéré l'utilité de la saignée dans ce genre de phlegmasie, qu'attendre, en définitive, d'un moyen qui, en combattant l'effet, ne touche pas à la cause qui le produit ?

« Quelques auteurs ont recommandé les préparations ferrugineuses dans le traitement de la phthisie. De nos jours, un médecin très-connu a soutenu que ces préparations, loin de prévenir cette affection, y prédisposent ; et il cite, à ce sujet, l'exemple de plusieurs personnes, atteintes de chlorose, qui devinrent tuberculeuses pendant qu'elles faisaient usage du fer. Cette opinion ne peut être fondée que sur une erreur de diagnostic : en effet, il y a parfois une grande analogie entre les symptômes de la chlorose et ceux de la phthisie commençante, et cette analogie peut être portée au point de tromper les hommes les plus habiles. Eh bien ! que l'on prescrive le fer dans ces pseudo-chloroses, dont les exemples ne sont, du reste, pas bien rares ; il est vraisemblable que la maladie n'en marchera pas moins et que tôt ou tard la phthisie apparaîtra avec les signes qui la caractérisent. Mais irez-vous conclure de là qu'elle dépend des ferrugineux ? — A coup sûr, non. J'ai souvent fait usage de ce moyen chez les phthisiques, et j'y ai encore recours, surtout lorsque les sujets sont pâles et anémiques. Il est vrai qu'il est rarement employé isolément ; de sorte que je ne puis avoir d'idée bien arrêtée sur son degré d'utilité : mais ce que je puis vous dire, c'est que, jusqu'aujourd'hui, je n'ai observé aucun fait qui s'accorde avec l'opinion de Trousseau.

« C'est par l'iodure de potasse que je commençai mes recherches, dans le service du professeur Van Mons, de Bruxelles (en 1836). Par une coïncidence singulière, aucun des malades auxquels nous le prescrivîmes ne le supporta convenablement, bien qu'il ne fût donné qu'à la dose de 6 à 8 grains par jour : chez les uns, il produisit de l'anorexie ; les autres le vomirent ; de sorte qu'au bout de quelques jours il fallut y renoncer. Par la suite, les succès attribués aux iodures dans des cas analogues à ceux où je les avais vus échouer me déterminèrent à revenir sur ces essais. J'expérimentai en même temps l'iodure de fer, tant préconisé par Pasquier, de Lyon, réservant toutefois ces moyens pour les cas où le traitement hygiènique était resté sans résultat ; mais, quoiqu'ils fussent en général mieux supportés, je ne les trouvai guère plus efficaces que la première fois.

« La toux perd ordinairement de sa violence dès les premiers jours du traitement ; d'autres fois il faut recourir à un moyen spécial pour procurer un peu de repos aux malades, et nul n'y réussit mieux que l'opium ; mais je pense,

avec Joseph Frank, que l'emploi de ce médicament dans la phthisie exige une grande réserve, car, vous le savez mieux que moi, s'il suspend pour quelques heures les angoisses du malade, c'est parfois au détriment de sa santé et en le prédisposant aux congestions sanguines, aux sueurs colliquatives, au collapsus. Cependant je le crois particulièrement indiqué pour combattre cette toux quinteuse et sans objet, si fréquente au début de phthisie, qui dépend, non d'un besoin d'expectoration, puisqu'il n'y a rien à expectorer, mais d'une irritabilité particulière des nerfs pulmonaires, qu'il suffit parfois de calmer par deux ou trois petites doses d'opium, prises le soir, pour lui voir perdre ce caractère.

« Plusieurs fois j'ai pu me convaincre que le sulfate de quinine, donné à dose fractionnée, peut affaiblir et parfois même suspendre les accès fébriles des phthisiques : c'était particulièrement lorsque je ne rencontrais de contre-indication ni dans l'éréthisme général, ni dans l'état des voies digestives, c'est-à-dire dans les cas mêmes où le traitement hygiénique triomphe le mieux de ces symptômes ; de sorte que je me vois rarement obligé d'en venir à ce moyen

« Je dois en dire autant des balsamiques en général et des pilules de Morton en particulier, dont je ne fais usage que lorsque l'huile n'est pas tolérée, c'est-à-dire très-rarement.

«Je fais un usage très-modéré des révulsifs cutanés : je m'abstiens des sétons, des cautères, des moxas au feu, comme d'une torture inutile ajoutée aux maux des phthisiques. Je conçois qu'une dérivation passagère puisse contre-balancer la congestion accidentelle ; mais, quelque violent qu'on le suppose, aucun agent local n'empêchera l'épine fichée dans les poumons de devenir un centre de fluxion. S'il s'agit d'établir une dérivation, quel moyen plus puissant et plus rationnel à la fois que l'action musculaire, qui opère sur tous les points de l'organisme?

« Mais, me direz-vous, pensez-vous que les modificateurs généraux soient plus capables d'amener la résorption des tubercules? — Quelques faits cliniques qui me sont propres me portent à le supposer : ainsi, j'ai vu dans plus d'un cas la matité sous-claviculaire se dissiper entièrement ou presque entièrement, et le murmure respiratoire se rétablir dans les points où il avait disparu. Il est vrai que la matité et l'absence du bruit respiratoire pouvaient dépendre de l'engorgement des parties molles environnant les tubercules, et à cet égard mes doutes persistent ; mais le résultat des nécropsies chez les vieillards et les faits consignés dans la note de M. E. Boudet me semblent plus concluants. Au surplus, la chose ne mérite peut-être pas toute l'importance qu'on lui donne, au moins la dans question actuelle. En effet, une fois la tuberculisation établie, il existe dans les parties affectées des lésions anatomiques profondes et indélébiles ; les vésicules pulmonaires sont détruites, le réseau veineux s'oblitère autour de chaque tubercule, et si l'absorption s'empare de ce produit, c'est pour laisser à sa place un tissu nouveau aussi impropre à la respiration que le tubercule lui même, et qui, porté au delà de certaines limites, produirait comme lui l'asphyxie. Ainsi, que le tubercule soit ou non susceptible de résorption, n'importe ; car, quoi qu'il avienne, toute partie envahie est irrévocablement perdue pour la fonction. Mais ce qui importe essentiellement, c'est de neutraliser la diathèse pathogénique, afin de borner la tuberculisation existante et d'en provoquer l'absorption, s'il y a lieu. C'est l'unique résultat auquel la thérapeutique puisse prétendre ; mais elle a le droit d'y prétendre, car elle peut y parvenir. Je pose en fait que sur quatre sujets présentant les symptômes de phthisie commençante, il en est trois où l'on peut les dissiper plus ou moins complètement. La proportion diminue

naturellement à mesure que la maladie progresse : cependant il n'est pas déjà si extraordinaire de voir la santé se consolider chez ceux qui présentaient soit de la matité, soit même des excavations pulmonaires. Je compte peut-être aujourd'hui plus de vingt cas de l'espèce, et cela dans une clientèle assez bornée et parmi des sujets réunissant pour la plupart les conditions les plus fâcheuses sous le rapport de l'âge, de l'hérédité, de l'hygiène. Mais, comme toutes les affections diathésiques, la phthisie montre une tendance singulière à la récidive, tendance d'autant plus à craindre que les poumons sont envahis dans une plus grande étendue et que l'hématose se trouve plus compromise. La suspension prématurée du traitement, l'omission d'y revenir en temps opportun, l'influence des passions tristes et de tant de causes imprévues, peuvent rendre à la diathèse assez d'activité pour déterminer une sécrétion nouvelle et porter l'altération des poumons à un degré qui n'est plus compatible avec l'exercice des fonctions. En définitive, une grande distance nous sépare encore du but désiré ; mais le résultat obtenu est encourageant, il me semble d'un bon augure pour l'avenir.

« Je ne pousserai pas plus loin cet exposé, monsieur, quoiqu'il me reste bien des choses à y ajouter ; mais vos moments sont précieux. Beaucoup de praticiens ont depuis quelque temps fait l'essai de l'huile de foie de morue dans le traitement de la phthisie : quelques-uns en ont dit merveilles, les autres l'on rejetée comme inutile. Cette divergence d'opinions tient uniquement au genre de traitement associé à cette substance. L'omission de précautions très-secondaires en apparence et très-importantes dans le fait, telles que l'usage des boissons et des lotions fraîches, l'exercice à l'air libre, etc. ; le mauvais choix de l'alimentation, déduit d'une opinion erronée sur la nature du mal ; l'emploi intempestif des médicaments, des saignées, des fonticules... peuvent fort bien en paralyser l'action. Toujours est-il que j'ai, à plusieurs reprises, donné des soins à des malades traités sans succès par l'huile de foie de morue, chez lesquels mon traitement n'est pas resté inutile. »

Lorsque j'eus fini de parler, le professeur, reprenant mes arguments dans l'ordre où je les avais présentés, me répondit qu'il n'était pas prouvé que l'affection strumeuse et la phthisie pulmonaire ne fussent que des nuances d'un même état pathologique ; que si l'on observe, en effet, parmi les phthisiques, un plus grand nombre de sujets lymphatiques que d'autres, il n'est pas rare d'en rencontrer présentant tous les attributs du tempérament sanguin, et que, dans ces cas, la diathèse strumeuse ne pouvait être invoquée. — J'objectai à cela que, parmi les scrofuleux aussi, on voit souvent figurer des individus réunissant toutes les conditions conventionnelles du tempérament sanguin, sans être pour cela exempts de cicatrices ou d'engorgements strumeux, et que lorsque ces sujets, prétendûment pléthoriques, viennent à contracter la phthisie, leur sang se présente avec les mêmes caractères d'anémie que chez les sujets considérés comme lymphatiques.

Quant aux effets immédiats et physiologiques de l'exercice musculaire et de l'inspiration d'un air frais, il ne les contesta pas ; il trouva même qu'ils étaient sagement déduits ; mais il ajouta que, tout en admettant mes déductions physiologiques, il ne pouvait en tirer aucune conclusion rigoureuse quant à la pathologie, attendu que l'argument le plus spécieux n'a de force que pour autant qu'il s'appuie sur les faits. « Voyez, dit-il, la doctrine physiologique ; jamais système fut-il mieux conçu, plus séduisant, plus logique enfin ? Mais sur quoi était-il basé ? Sur une fiction, sur un fait que je cherche depuis vingt-cinq ans — la gastrite essentielle — et que je n'ai trouvé que deux fois ! Aussi est-ce une chose inouïe qu'une doctrine basée sur une exception si rare

ait pu subjuguer toute l'Europe.» — Ce n'était pas là renverser mon argumentation, car je mettais les résultats à côté du raisonnement, et mon interlocuteur fut obligé de convenir que les succès obtenus par ma méthode étaient hors de proportion avec ceux qu'on obtient par des méthodes différentes.

Arrivant ensuite à l'emploi du chlorure de sodium : « Vous paraissez, dit-il, vous être livré à des recherches assez suivies sur le sujet qui nous occupe ; par conséquent, vous ne devez pas ignorer que M. Amédée Latour a employé ce moyen, il y a plus de dix ans, et qu'il a, comme vous, publié des succès ; cependant les observations de ce médecin, que j'estime du reste beaucoup, ne supportent pas l'analyse, et je me suis convaincu qu'aucune d'elles ne se rapporte à la phthisie pulmonaire. J'ai moi-même répété les essais de M. Latour, continua-t-il, et je les ai toujours vus échouer.» — « Je n'ignorais pas ces particularités, répondis-je ; elles sont consignées dans votre ouvrage, et je veux bien admettre qu'il ne s'agissait là que de catarrhes pulmonaires ; mais notez bien que le chlorure de sodium n'est qu'un accessoire de ma méthode, et de ce qu'il a échoué isolément, peut-on en conclure qu'il est réellement sans action et incapable de venir en aide aux autres moyens ?» Mais cette argumentation ne pouvait aller à un homme aussi positif ; il lui fallait des faits et des faits bien concluants, et Dieu sait dans quelle catégorie il plaçait ceux que je lui donnais comme des succès dignes de toute son attention. Je lui dis enfin : « Vous avez jusqu'ici répété tous les essais dignes d'être répétés ; vous savez ce que valent toutes les méthodes, et à force de recherches, vous pourriez arriver au découragement. Mais ne vous arrêtez pas là : la méthode dont je vous parle soutient assez bien l'examen ; elle est d'ailleurs recommandée par des hommes assez respectables pour que vous vous décidiez à vous assurer de ce qu'elle vaut. Vous en jugerez : cependant je dois vous dire que le séjour des hôpitaux est loin d'être favorable à ces expérimentations. Quelque soin qu'on prenne des salles, les malades ne s'y trouveront jamais dans les conditions hygiéniques voulues. Je veux croire que rien ne manquera à l'alimentation. Quant aux promenades dans les champs, à la gymnastique au grand air, vous ne pouvez y songer. Ainsi, avant de vous mettre à l'œuvre, vous voilà déjà privé d'un de vos principaux moyens d'action, et ce ne sera pas le seul qui vous fera défaut. Expérimentez cependant et comparez le résultat de ces essais à celui des autres méthodes : je ne doute pas un moment que, malgré ce désavantage, il ne soit tout en faveur du traitement hygiénique... — Eh bien ! puisqu'il en est ainsi, me répondit-il, j'ajouterai cet essai à tant d'autres. Puisse-t-il être plus heureux ! »

Je recueillis ces paroles avec une extrême satisfaction et je pris congé de mon illustre interlocuteur. Il me recommanda, en me quittant, de continuer mes recherches et de lui en faire part. Je le lui promis.

(La suite à un prochain n°.)

NOUVELLE MÉDICALE.

S. M. le Roi de Prusse vient de conférer la décoration de l'Aigle rouge à M. le docteur Rieken, médecin de S. M. le Roi des Belges.

C'est un juste hommage rendu au mérite et au savoir de notre honorable confrère.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE DIX-SEPTIÈME VOLUME DES ARCHIVES DE LA MÉDECINE BELGE.

Annales de la Société de médecine d'Anvers.—Analyse des travaux publiés pendant l'année 1845 ; par le docteur *Biver*. 156-210
Annales de la Société médico-chirurgicale de Bruges.—Analyse des travaux publiés pendant l'année 1845 ; par le docteur *Biver*. 216
Annales de la Société de médecine de Gand.— Analyse des travaux publiés pendant l'année 1845 ; par le docteur *Biver*. 161-213
Annales de la Société des sciences médicales de Malines. — Analyse des travaux publiés pendant l'année 1844 ; par le docteur *Biver*. 155
Compte rendu de la clinique ophthalmologique de M. le docteur *F. Cunier*, pendant l'année 1844 ; par *A. S. de Abréu*. 172
Constitution atmosphérique de 1843-1844 ; par M. le docteur *P. J. Verelst*. 44
Correspondance. — A. M. le Rédacteur des *Archives de la Médecine belge*. 59
Crochet-scie. (Invention d'un), soumis à l'appréciation de messieurs les membres de la Société de médecine pratique de la province d'Anvers ; par le docteur *A. Van der Eecken*. 203
Crochet-scie. (Rapport sur une observation et un nouvel instrument) présentés à la Société de médecine de Willebroeck ; par le docteur *E. Luytgaerens*. 208
Discours prononcé par M. le docteur *H. Van Berchem*. 28
Éloge de Pierre Joseph Van Baveghem ; par M. le docteur *C. Broeckx*. 1
Excursion médicale. 218
Fièvres intermittentes (Des) qui se sont montrées à Anvers pendant le 1er semestre de 1845, et de quelques points généraux du traitement de ces maladies ; par le médecin principal *Gouzée*. 149
Ictère (Mémoire sur l') ; par M. *Joseph Ossœar*. 137
Iodure de potassium (Observations pratiques sur le traitement des maladies syphilitiques par l') ; par le docteur *L. P. A. Gaulhier*. 165
Lettre de M. le docteur *Cunier* au Rédacteur de la *Gazette médicale de Paris*. 177
Medicinische Jahrbuecher der K. K. OEsterreichischen Staates, 1844. — Analyse par le docteur *Biver*. 52-103
Microscope (Du) et de ses applications aux sciences d'observation ; par *R. Vanoye*. 61

Nécrologie. 179
Nouvelles médicales. 179-237
OEsterreichische medicinische Jahrbuecher.—Analyse par le docteur *Biver.* 114
Prostitution (Mouvement de la) dans la ville de Bruxelles pendant l'année 1844 ; par le docteur *J. F. Dugniolle.* 96
Sulfate de quinine (Conclusions thérapeutiques sur le mode d'action du), tirées de soixante-huit expériences sur les animaux et d'un grand nombre d'observations recueillies pendant différentes constitutions médicales ; suivies de la réfutation de quelques objections faites pour démontrer l'insuffisance de ces expériences ; par M. *Achille Desiderio.* 74
Topographie médicale du canton de Contich (province d'Anvers) ; par le docteur *Peutermans.* 181
Topographie médicale du canton de Heyst-op-den-Berg (province d'Anvers) ; par le docteur *B. Luyckx.* 78-121

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

REPRODUCTION ET REVUE

DES

JOURNAUX ÉTRANGERS.

III. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

1. *Quelques considérations sur l'incertitude des fonctions attribuées au cervelet et sur l'absence de symptômes ou signes propres à faire reconnaître, pendant la vie, les divers états malatifs de cet organe;* par A. Toulmouche, docteur-médecin, membre correspondant de l'Académie royale de médecine, professeur de pathologie externe à l'Ecole préparatoire de médecine à Rennes, etc.

(Gazette médicale de Paris, N° 29.)

Les faits ne sont, dit Bacon, que la vérification des principes, et l'art d'inventer dans les sciences, celui d'extraire de l'observation et de l'expérience les principes, et de déduire de ces derniers de nouvelles observations et de nouvelles expériences.

Cette proposition est surtout applicable aux sciences qui, de même que la médecine, ne peuvent se faire qu'en s'appuyant sur ces principes, et en particulier à l'étude des maladies du cervelet, sur les fonctions duquel il y a encore, parmi les physiologistes expérimentateurs, tant d'opinions contradictoires, pour lesquelles il reste presque tout à faire.

L'anatomie pathologique pourra peut-être, par la multiplication des faits qu'elle est appelée à fournir, répandre quelque lumière. Mais, pour cela, il faudra tenter de les rapprocher, de les enchaîner, d'en faire ressortir les analogies et d'en déduire ensuite les conséquences; car toute synthèse se fonde sur l'analyse, c'est-à-dire sur l'observation, tire des conclusions de faits observés, tantôt conformes aux doctrines régnantes, tantôt contraires, et formule peu à peu un dogme nouveau.

La physiologie et la pathologie du cervelet sont couvertes d'un voile dont on n'a encore soulevé que quelques plis. Pour la première, on s'est borné, dans les vivisections sur les animaux, à

des ablations, soit partielles, soit générales de l'organe, à des irritations ou inflammations. Lors de ces dernières, on a observé le renversement de la tête en arrière, des accès hystériformes, une agitation universelle, la fixité des yeux, l'oscillation des pupilles. Mais tous ces phénomènes n'étaient-ils pas le résultat de la terreur et de la douleur? En outre, ces irritations artificielles, toujours trop brusques ou trop destructives, ne peuvent produire des effets identiques à ceux qui surviennent d'une manière graduée dans les cas pathologiques.

D'ailleurs, dans ces expériences, les résultats ont été plus que contestables. En effet, comment apprécier l'action d'un organe aussi important que le cervelet, lorsque déjà, pour le découvrir, on est obligé de garrotter un pauvre animal, d'inciser profondément ses chairs, d'enlever des pièces de la boîte osseuse, de le tuer aux trois quarts, et qu'au milieu des tortures et de la terreur, on veut apprécier les usages de cet organe? On prendra les convulsions musculaires et l'aberration des mouvements produits par une agonie anticipée pour les résultats de l'action du cervelet, et alors il ne sera pas étonnant que les expérimentateurs ne lui voient exercer aucune action sur d'autres organes. C'est ce qui est arrivé à MM. Bouillaud et Serres qui écrivent qu'ils n'ont vu survenir ni éjaculations ni érections.

MM. Flourens et Magendie le regardant, le premier, comme le régulateur et le balancier des mouvements, et le second, comme le producteur des mouvements en arrière, ont été tout aussi facilement induits en erreur en attribuant l'impossibilité de se soutenir ou de marcher avec régularité, provenant de la lésion grave de parties profondes, de la terreur et de la perte de sang, à la lésion exclusive de cet organe. Ces expériences autoriseraient tout au plus à le regarder comme un centre nerveux qui donnerait aux animaux vertébrés la faculté de se maintenir en équilibre et d'exercer la locomotion, mais toujours sous la direction du cerveau ou de concert avec lui; car la nature ne doit pas avoir rendu indépendants des actes dont les instruments ont été réunis dans un admirable ensemble et dans la même boîte osseuse, en vertu du consensus observé dans tout ce qui tient à l'accomplissement des phénomènes de conservation de l'économie animale. Autrement, on serait forcé d'admettre que le cerveau n'est pas l'organe unique des instincts, des volitions et des facultés intellectuelles, que la variété de mémoire qui a rapport aux mouvements doit être exclue du rang des actes de l'intelligence, et que chez les danseurs, par exemple, le cervelet devrait être prépondérant, ce qui n'est pas; outre que les animaux le

plus ordinairement, et surtout dans l'état normal, se meuvent sous l'impulsion d'une foule de motifs dont le cerveau est le siége, en sorte qu'en y associant son action, le cervelet serait un organe complémentaire d'intelligence, comme les légères convulsions musculaires qui accompagnent presque toujours les vifs désirs amoureux et le coït porteraient à le faire croire.

Tant que l'anatomie pathologique n'aura pas fait découvrir de lésions dans le cervelet, propres à expliquer une foule d'affections nerveuses, de dérangements les plus bizarres des fonctions locomotrices, tels qu'une tendance irrésistible à reculer ou courir sans motif raisonné, à faire des bonds, des culbutes, etc., qu'on serait presque tenté de regarder comme des anomalies, des espèces de folies ou d'aliénations des fonctions locomotrices, il faudra douter que seul il soit destiné à présider à l'harmonie et à l'unité des mouvements.

La versatilité des opinions sur les usages de cet organe est déjà une forte présomption qu'on les ignore encore, ou que la plupart des expériences tentées ne sont rien moins que concluantes. En effet, le docteur Gall le regarde comme le siége et la source de l'amour physique ; Rolando y place le principe de la contraction ; ses lames superposées lui paraissent agir à la manière d'une pile voltaïque et transmettre aux muscles le principe moteur sous la direction du cerveau ; MM. Fodéra, Foville et Pinel Grandchamp en font l'organe de la sensibilité ou du tact ; M. Bouillaud admet avec M. Flourens que le cervelet est le régulateur ou le balancier des mouvements, mais qu'il ne préside qu'à la coordination de ceux compliqués qui constituent les divers actes de la station et de la locomotion, et que plusieurs autres actes, tels que les mouvements des yeux, de la glotte, des organes de la mastication, ne sont pas soumis à son empire ; ce qui impliquerait pour les mouvements de nos divers appareils musculaires des forces motrices centrales différentes.

Ne faut-il pas, en voyant de telles divergences, rabattre un peu de l'importance attribuée aux vivisections, et s'en tenir à un scepticisme raisonnable, en se défiant de l'esprit de prévention involontaire dans lequel la plupart des expériences sont le plus souvent tentées ? Que l'on consulte plutôt celles de la nature ; celles-là n'induiront pas en erreur : aussi, tant que les lésions pathologiques ne seront pas d'accord avec les résultats annoncés par les physiologistes, aura-t-on quelque raison de croire qu'ils se trompent.

Tant de travaux ont été faits sur le système cérébro-spinal, tant d'hypothèses ont été avancées, qu'on doit être effrayé des

difficultés qui restent encore à vaincre pour toucher à la connaissance du principe du genre de l'innervation qu'on peut attribuer au cervelet ou à l'origine de l'axe cérébro-spinal.

M. Lallemand a publié dix observations de maladies simples ou compliquées du cervelet, et aucune n'a prouvé l'influence directe de cet organe sur ceux de la génération.

M. Rochoux en a cité 2 cas, M. Rostan 5, M. Ollivier 3, également contraires. Le premier, en outre, n'a point consacré d'article particulier pour les symptômes du ramollissement du cervelet : c'est encore une lacune à remplir.

L'observation de la femme Bindel, que je cite, est un exemple également négatif de l'action cérébelleuse sur le développement de la salacité, quoique la lésion ne fût portée qu'à un faible degré et assez limitée. Il en est de même de celle de Mme D., d'une autre citée par Maclean, de celle du docteur Martyni de Lubeck, de la seconde publiée par M. Duplay, et des troisième, quatrième et cinquième du même, que je me suis plu à rapprocher dans ce mémoire, et enfin des trois rapportées par M. Bénard. M. Cruveilhier n'admet point, comme Gall et M. Serres, que dans l'apoplexie du cervelet il y ait érection ou semi-érection ; ou, lorsqu'elles ont lieu, il l'attribue à un trouble profond dans la circulation et la respiration, comme chez les pendus, et non à l'altération du cervelet lui-même. D'ailleurs, s'il est vrai que l'apoplexie cérébrale détermine la paralysie des organes qui puisent dans l'encéphale le principe de leur action, comment le même état maladif du cervelet déterminerait-il l'érection du pénis, lorsque la compression des centres nerveux, passé un terme, produit la paralysie assez brusquement ? Je l'ignore, et la science, sous ce rapport, n'est point faite, puisque, parmi les maladies jusqu'ici relatées de cet organe, les unes, en plus grand nombre, semblent infirmer l'opinion que le cervelet préside aux facultés ou aptitudes génératrices, tandis que d'autres sont propres à la confirmer.

Il faut rapporter aux premières les deux exemples de lésions organiques du cervelet cités par M. de Rennes (cahier de juin 1828 des *Archives générales de Médecine*), dans lesquels il ne remarqua aucun phénomène spécial du côté des organes génitaux ; les deux observations de maladies du même organe publiées par le même ; celles de la femme Bindel et du nommé Trochu, que j'ai relatées dans la *Gazette médicale* (année 1838) ; trois cas de compression du cervelet notés par M. Bore ; l'observation d'un garçon épicier rapportée par M. Chomel ; une autre de Maclean (*Glascow méd. Journal*, janv. 1833) ; celle d'une fille âgée de 8 ans ; une

d'Abercrombie (cancer du cervelet) ; une autre de M. Lachèze fils (1833) ; cinq autres publiées par M. Duplay, dans le cahier de novembre 1836 des *Archives générales de Médecine*; et enfin une du docteur Green, dans le numéro de juillet 1840 du *Dublin Journal*.

J'accorderai aux secondes, c'est-à-dire aux maladies du cervelet, favorables à l'opinion de Gall, qui en fait le mobile de l'appui générateur, les faits suivants, en faisant toutefois réserve sur la valeur contestable de quelques-uns d'entre eux.

1° Celui cité par M. Thion (d'Orléans), d'une vache qui, sept mois après avoir vêlé, n'était plus redevenue en chaleur, à l'ouverture du cadavre de laquelle il trouva l'hémisphère cérébelleux gauche réduit à la moitié de son volume, mais sans altération de structure, tandis que le droit, entièrement désorganisé, était transformé, dans son tiers postérieur, en une masse ovoïde adhérente à l'occipital, de laquelle partaient des mamelons pédiculés faisant saillie à travers des perforations de l'occipital, et, à la place de l'arbre de vie, de nombreux tubercules compactes ou ramollis.

2° Une observation publiée par Elliotson, dans la *Lancette* de novembre 1835.

3° Avec doute, celle rapportée par M. Chauffard, médecin de l'hôpital d'Avignon, d'un homme âgé de 53 ans, d'une grande piété, de mœurs sages, qui, après s'être frappé violemment la nuque contre l'angle d'une cheminée, fut pris de satyriasis, de délire érotique, s'abandonna aux actes les plus indécents, en même temps que ses forces et son intelligence s'affaiblirent; éprouva des convulsions, de vives douleurs au sommet de la tête, un commencement de paralysie du côté gauche, et ne tarda pas à succomber. En effet, l'autopsie cadavérique n'ayant pas été faite, il n'est pas démontré qu'une hémorrhagie isolée ou multiple, précédée ou promptement suivie d'un travail phlegmasique dans le cerveau, occasionnant une exaltation maladive dans la puissance d'innervation de cet organe, qui préside, comme on le sait, au développement de la sensibilité, n'ait pu réagir sur celle des organes génitaux et la monter à un degré extrême. Je suis d'autant plus disposé à le croire, que, dans la plupart des lésions du cervelet citées, il y a coïncidence ou préexistence de maladies graves de l'encéphale.

Il faudrait que les faits qu'on invoque consistassent dans des affections isolées du cervelet, ce qui est rare, cet organe ne pouvant revendiquer une indépendance fonctionnelle par rapport au cerveau, dont il est réellement une partie constitutive, for-

mant l'admirable unité de cet instrument de la pensée et de la sensib*ilit*é.

4° L'observation suivante, dont les détails ont été publiés dans un autre travail que j'avais entrepris sur d'autres maladies de l'encéphale, et dont je ne donnerai que le sommaire.

Obs. — Madame D..., âgée de 64 ans, offrit, après de nombreux chagrins, comme symptômes précurseurs d'une lésion du cervelet et du cerveau, de la céphalalgie, des étourdissements, de la propension au sommeil, des démangeaisons à la peau, du prurit, et un éréthisme inaccoutumé des organes génitaux qui lui faisait dire en plaisantant que, sous le rapport des désirs, elle croyait revenir à dix-huit ans.

Le 23 mars, elle fut prise brusquement de convulsions des muscles de la face, surtout à droite, puis de ceux des bras, et, à un moindre degré, de ceux des extrémités inférieures, de loquacité continuelle, mais sans suite dans les idées, de la perte de la vision, tandis que l'ouïe était restée d'une finesse extrême, phénomènes qui annonçaient une arachnitis.

Plus tard, il survint du tremblement et de l'incertitude dans les mouvements, surtout dans ceux des bras, et de la difficulté à rendre ce qu'elle éprouvait.

Le 9 avril, il y eut des accès épileptiformes, du trismus, une légère paralysie du bras gauche, avec contraction spasmodique du droit, annonçant un ramollissement d'une portion de l'émisphère cérébral gauche.

L'immobilité des membres abdominaux fut peut-être le seul symptôme qui eût pu faire soupçonner la même lésion dans le cervelet.

A l'ouverture du cadavre, je rencontrai un ramollissement de la substance cendrée de la partie antérieure des corps striés, derrière l'entrecroisement des nerfs optiques, des traces d'arachnitis récente de la base du cerveau et un ramollissement de l'extrémité antérieure du lobe gauche du cervelet.

5° L'exemple cité par le docteur Crisp, d'un homme âgé de 49 ans, qui fut pris d'accidents comateux pendant lesquels il mourut, et à l'ouverture du cadavre duquel il trouva un épanchement séreux dans la cavité de l'arachnoïde, qui était opaque et blanchâtre, le cervelet extrêmement petit, la partie postérieure de la tête très-étroite, les organes génitaux du volume de ceux d'un enfant de 7 à 8 ans, et nulle trace de poils sur aucune partie du corps. Cet individu avait toujours montré une très-grande indifférence pour les femmes.

6° Enfin, l'observation publiée dans la *Lancette*, par M. Elliot-

son, d'un enfant âgé de 5 ans, qui, le 26 novembre 1835, éprouva de l'agitation dans la nuit, des réveils en sursaut, parut plus tard boîter un peu, maigrit graduellement, se plaignit de céphalalgie les trois dernières semaines, durant lesquelles il criait lorsqu'il urinait, et dont la verge était souvent en érection et la tête se balançait en marchant. Il ne pouvait regarder devant lui ; le mouvement et la sensibilité étaient intègres. Il éprouvait, la nuit, des contractions spasmodiques dans la bouche et les mains. Il poussait des cris, paraissait souffrir de la région lombaire. L'appétit persistait. Il survint du strabisme, une amaurose. Les convulsions s'étendirent au bras droit ; l'intelligence resta intacte ; il y eut du priapisme avec rétraction des testicules. Il mourut après deux ou trois fortes convulsions. A l'ouverture du cadavre, ce praticien trouva la pie-mère très-vasculaire, nul épanchement à la surface du cerveau, ni pointillé à son intérieur ; 90 gramm. de sérosité dans les ventricules ; dans chaque lobe du cervelet une petite tumeur tuberculeuse, autour de laquelle la substance cérébelleuse était ramollie, mais plus à droite qu'à gauche ; une tumeur semblable dans la fosse occipitale droite, avec dépression du cervelet et ramollissement de son tissu.

On voit, par ce qui précède, que j'ai pu rapprocher beaucoup plus de faits contradictoires dans la première que dans la seconde de ces sections. J'aurais pu en augmenter encore le nombre ; mais c'eût été donner à de simples considérations ou réflexions nées de leur lecture une étendue fastidieuse. Il vaut mieux conclure, avec prudence, que le point de la science relatif aux fonctions attribuées au cervelet, par rapport aux facultés génératrices, est encore bien hypothétique, et qu'il est nécessaire que le temps fournisse de nouvelles et moins rares occasions de recueillir des observations de lésions partielles de cet organe, si tant il y a que les lois qui régissent l'unité de la matière animée puissent s'accommoder de leur évolution isolée.

Voyons maintenant si les faits pathologiques sont propres à légitimer l'opinion des physiologistes qui assignent au cervelet la fonction d'être l'organe régulateur des mouvements volontaires.

J'ai déjà fait ressortir la divergence des résultats revendiqués par les vivisecteurs. Si l'on fait appel à l'examen des lésions morbides de cet organe pour vider la question, on arrive à la même incertitude ; car un grand nombre de faits semblent favorables à cette opinion, et d'autres aussi importants la réfutent. Encore dois-je dire que, pour les premiers, il y avait toujours, dans les exemples cités, coexistence de lésions graves des parties centrales du cerveau.

Ainsi, dans une observation publiée par M. Dufour (de Montargis), d'une altération du cervelet qui paraît avoir déterminé un trouble de la station et de la progression, puisque le malade se présenta avec toutes les apparences de l'ivresse, la parole embarrassée, la face rouge, la démarche irrégulière et vacillante, et que cet état se maintint pendant deux mois, au bout desquels les extrémités pelviennes se paralysèrent, il survint une vive douleur à la partie antérieure de la tête, de la somnolence, de l'insensibilité, de la paralysie dans les bras, de la surdité et de la cécité qui se terminèrent par la mort au bout de quinze jours, il rencontra plutôt une lésion grave du cerveau que du cervelet. En effet, il y avait, dans le premier, ramollissement du mésolobe, des couches optiques, des nerfs optiques et olfactifs, épanchement d'une sérosité purulente dans les ventricules; tandis que, pour le second, il n'y avait qu'une couleur rose qui masquait celles blanche et grise primitives, en même temps que la substance cérébelleuse était ferme et consistante. Or, ces lésions des parties centrales de l'encéphale expliquent bien mieux les symptômes observés que celles rencontrées dans le cervelet.

Dans une seconde (*Edimburgh and surgical Journal*, avril 1828), d'une jeune fille qui, parvenue jusqu'à 17 ans sans que les facultés locomotrices et la sensibilité générale se fussent développées en proportion du corps, chez laquelle, à l'ouverture du cadavre, on trouva une absence complète de la dure-mère à la base du crâne, et, à sa place, une membrane mince, demi-transparente, très-lâche, irrégulièrement disposée, et manque de la majeure partie de la tente du cervelet, lequel se trouvait supporter immédiatement le poids du cerveau, on a cru pouvoir en inférer la conséquence que le cervelet jouait un très-grand rôle dans la coordination des mouvements musculaires.

Je crois que c'est être peu difficile en matière de preuve; car rien ne démontre que, dans l'état de la vie, la membrane mince, demi-transparente, qui remplaçait la tente du cervelet, ne fût pas suffisante pour soutenir convenablement le cerveau et l'empêcher de comprimer la substance cérébelleuse. Ce qui le ferait croire, c'est que cet état congénital avait pu permettre dix-sept années d'existence, outre que la laxité de cette membrane devait probablement être le résultat de la mort, et qu'enfin on ne parle pas de l'état dans lequel fut trouvé le cerveau.

Maclean (*Glascow med. Journ.*, janvier 1833) cite l'observation d'une femme âgée de 80 ans, qui éprouva des menaces fréquentes de congestion, avec douleurs lancinantes dans la tête, quelques jours avant la mort, des vacillations dans la marche

avec imminence de chute, qui succomba avec tous les signes d'une attaque d'apoplexie, et à l'ouverture du cadavre de laquelle il trouva un grand nombre de tubercules dans les membranes du cerveau, une arachnitis, l'hémisphère droit du cerveau ramolli, les ventricules distendus par de la sérosité, dans le lobe droit du cervelet, un abcès renfermant 60 grammes de pus, l'artère basilaire rompue, et la moelle épinière recouverte d'une fausse membrane.

M. Bell, interne à l'hôpital des Enfants, a cité dans les *Archives générales de Médecine*, année 1834, l'observation d'un enfant de 14 ans, qui éprouva des menaces de congestion avec altération de la myotilité dans les membres droits, et bientôt paralysie incomplète, affaiblissement de la vue, céphalalgie occipitale par intervalles éloignés; qui, cinq à six jours avant la mort, fut pris de délire avec cris auxquels succéda un collapsus profond, s'affaiblit graduellement, s'éteignit sans convulsion, et à l'ouverture du cadavre duquel il trouva le cerveau sain, mais dans chacun des lobes du cervelet, un tubercule gros comme une fève au milieu de la substance cérébelleuse ramollie légèrement; un troisième, de la grosseur d'une petite noix, occupant le lobule moyen; une masse tuberculeuse, du volume d'une noix, dans le centre de la protubérance annulaire, dont la substance environnante, moins consistante, se prolongeait dans le pédoncule gauche; dans le droit, un autre tubercule gros comme une noisette, et enfin un dernier dans la paroi antérieure et supérieure du cervelet.

Il n'y avait eu que paralysie incomplète du sentiment et du mouvement du côté droit, et perte de la vue. Cependant les lésions de la substance cérébelleuse avaient été des plus étendues, et sa compression aurait dû s'opposer fortement à l'accomplissement de ses fonctions dans l'acte de la locomotion, s'il était seul destiné à présider à cette dernière.

Une jeune fille, âgée de 8 ans, qui, depuis cinq mois, se plaignait de douleurs à la région occipitale et éprouvait divers troubles dans les mouvements de la progression, car elle ne pouvait faire un pas sans le secours d'un aide, ses jambes se croisant et n'exécutant que les mouvements les plus irréguliers, sans toutefois ressentir des contractions spasmodiques dans l'état de repos, fut prise, plus tard, de céphalalgie générale, de vomissements, d'agitation, de constipation, de délire violent avec cris auxquels succéda un coma profond, bientôt suivi de renversement de la tête en arrière et de dilatation des pupilles.

Le jour de la mort, il survint une perte absolue de connais-

sance, un trismus incomplet, cécité, de la surdité et des convulsions générales pendant lesquelles elle expira.

A l'ouverture du cadavre, on trouva l'arachnoïde qui recouvre la protubérance annulaire et partie du cervelet sans transparence, la pie-mère infiltrée d'une petite quantité de sérosité verdâtre, dans les ventricules latéraux, 100 grammes d'un liquide légèrement trouble, leurs parois tapissées de fausses membranes, la cloison détruite, la voûte à trois piliers ramollie, un pointillé léger du cerveau, les circonvolutions aplaties. Le cervelet contenait, dans sa partie moyenne, un tubercule du volume d'un marron. La pulpe nerveuse qui l'entourait était très-injectée, mais non ramollie.

Dans ce cas, les lésions du cerveau avaient été trop étendues, de même que celles de ses membranes d'enveloppe, pour qu'on puisse rien conclure du trouble des fonctions locomotrices, relativement à l'influence qu'aurait pu exercer sur elles l'altération rencontrée dans le cervelet.

Abercrombie rapporte l'exemple d'un cancer de ce dernier organe, dans lequel la marche était tremblante et vacillante comme celle d'une personne qui tient sur sa tête un fardeau en équilibre.

Dans une observation communiquée le 23 mai 1831 à l'Académie des sciences, par M. Combett, d'une jeune fille qui était à peu près idiote, qui marcha d'abord difficilement, cessa ensuite de le faire, et qui succomba à une stomatite, dans le service de M. Kapeler (aux Orphelins), ce médecin trouva, à l'ouverture du cadavre, le cerveau dans l'état normal, à cela près d'un petit épanchement dans le lobe gauche; une grande quantité de sérosité dans les fosses occipitales; à la place du cervelet, une membrane gélatiniforme, tenant à la moelle allongée par deux petites masses de substance blanche, isolées et comme détachées; sur l'une d'elles, un des nerfs de la quatrième paire; les tubercules quadrijumaux intacts, une légère érosion à l'orifice du canal de Sylvius, laquelle s'étendait un peu sur la moelle et altérait légèrement les corps rectiformes; nul quatrième ventricule, ni trace du pont de Varole, et les pyramides antérieures se terminant en fourche par les pédoncules cérébraux.

Le docteur Martigm, de Lubeck, cite l'observation d'un petite fille de 5 ans, d'un caractère irascible, sujette à une douleur assez vive à la partie postérieure droite de la tête, n'ayant marché que très-tard et assez mal, même à cet âge, qui fut prise de vomissements périodiques qui cessèrent pour reparaître un peu plus tard. Alors elle maigrit, la vue s'affaiblit, l'occiput prit un

développement anormal. Il survint des convulsions dans la jambe gauche, puis dans le bras correspondant, suivies d'une hémiplégie complète de ce côté. Cette enfant devint entièrement aveugle ; les facultés intellectuelles restèrent intactes. Cependant elle commençait une réponse et ne l'achevait qu'une demi-heure ou une heure après. D'autres fois elle la répétait pendant plusieurs heures de suite. La parole s'embarrassa. Le côté droit fut, à cette époque, agité de convulsions, suivies de paralysie et bientôt d'une mort tranquille.

A l'ouverture du cadavre, il trouva le cerveau distendu et un peu mou ; les ventricules dilatés contenant près de 500 grammes de sérosité limpide ; les nerfs optiques atrophiés ; le cervelet énormément dilaté : dans sa moitié gauche, ramolli et décoloré, en sorte qu'on ne distinguait que difficilement l'arbre de vie ; dans sa moitié droite, une tumeur stéatomateuse dure, compacte, du volume d'un œuf de poule, logée dans une cavité formée par la substance cérébelleuse refoulée.

Cette observation, que l'on a citée comme favorable à l'opinion que le cervelet préside à l'équilibre des mouvements, ne me semble rien moins que concluante. En effet, les phénomènes observés furent ceux d'une vive irritation du cerveau, qu'on devait attribuer à un état congestionnaire de cet organe pour expliquer les convulsions qui survinrent dans les membres du côté gauche, et qui furent si promptement suivies de paralysie, cette dernière venant confirmer cette opinion en traduisant les effets d'une hémorrhagie cérébrale et s'étant effectuée dans le côté droit.

Quant aux mêmes accidents qui survinrent plus tard dans les membres de ce dernier côté, il était d'autant plus raisonnable de les considérer comme produits par une lésion identique qui était développée dans l'hémisphère opposé, que tous les symptômes qui caractérisèrent la dernière période de la maladie furent ceux d'un double épanchement de sang dans l'encéphale.

Il n'y avait point ici d'altération graduelle dans les mouvements, soit de la préhension, soit de la progression, comme on aurait dû l'observer avec les lésions graves qui furent rencontrées dans le cervelet, et qui n'avaient dû s'effectuer que progressivement ; car je ne pense pas qu'on veuille attribuer à ces dernières l'action d'avoir marché tard et mal, double imperfection qui se rencontre fréquemment chez des enfants avec un organe cérébelleux parfaitement normal.

M. Duplay rapporte (cahier de nov. 1836 des *Arch. génér. de Méd.*) l'observation d'un homme âgé de 27 ans, qui, après avoir

fait une chute grave sur l'occiput, y éprouva plus tard une douleur vive. Un mois après, il fut pris tout à coup de perte de connaissance et de mouvements convulsifs dans les quatre membres, accidents qui continuèrent deux fois par semaine. Il survint un affaiblissement notable dans les membres du côté droit, précédé d'engourdissement et de petits mouvements convulsifs, indépendants des attaques épileptiformes devenues plus rares. Plus tard, il nota une déviation de la bouche à gauche, une paralysie complète du côté droit avec sensibilité obtuse; la céphalalgie occipitale augmentait par le moindre mouvement; la vision et l'ouïe restèrent intactes, de même que l'intelligence. Il survint des vomissements, suivis de diarrhée, de l'affaiblissement, des convulsions, et enfin un état comateux pendant lequel le malade succomba.

A l'ouverture du cadavre, il trouva les sinus et les veines du cerveau gorgés de sang, les substances blanche et corticale très-injectées, le cervelet dans le même état, mais au milieu de son lobe gauche un foyer purulent capable de loger un petit œuf de pigeon, isolé par une membrane fine, de la pulpe nerveuse qui conservait encore assez de consistance, mais offrait une teinte rosée par suite de l'injection intense de ses vaisseaux capillaires, et la moelle épinière saine.

Enfin, M. Bernard a cité, dans le n° 44 de la *Gazette médicale* de 1840, trois observations d'altérations du cervelet ayant paru avoir déterminé un trouble grave dans la locomotion.

Un militaire, d'une bonne constitution, éprouvait depuis six mois des attaques d'épilepsie qui étaient survenues à la suite d'une violente affection morale, lorsqu'il fut obligé d'entrer à l'infirmerie. Il présentait les symptômes suivants : intelligence obtuse, céphalalgie, attaques épileptiques fréquentes. Une saignée et quelques purgatifs n'empêchèrent pas les accidents d'augmenter.

Le 15 mars. Lorsqu'il voulait se lever, il était obligé de s'accrocher aux objets voisins, sans quoi il reculait jusqu'à ce qu'il rencontrât un obstacle. Quand il marchait, il vacillait comme un homme en état d'ivresse. Il n'offrit rien de remarquable du côté des organes génitaux. On fit appliquer, sur la région occipitale, un vésicatoire ; mais le mal augmenta rapidement. Les extrémités inférieures ne tardèrent pas à se paralyser, et le malade mourut après vingt jours d'alitement.

A l'ouverture du cadavre, on trouva le cerveau sain, mais un ramollissement diffluent de toute la circonférence du lobe latéral gauche du cervelet, dont la substance pulpeuse avait perdu toute

trace d'organisation. L'altération diminuait en allant vers le lobe latéral droit, et disparaissait au niveau du lobe médian.

Sur un autre sujet, qui était dans un état d'ivresse apparent, bien qu'il n'eût fait aucun usage de liqueurs spiritueuses, le même médecin rencontra une injection de toute la masse du cervelet, qui était d'une couleur rose.

Enfin, chez un troisième, il trouva, à l'autopsie cadavérique, un tubercule de la grosseur d'une noix dans le lobe gauche du cervelet. Il y avait eu, pendant la vie, une grande débilité du système musculaire, surtout aux extrémités inférieures, qui rendait la station peu sûre, la progression très-laborieuse, et, en outre, une douleur violente et continuelle à l'occiput.

Quant au second ordre de faits propres à infirmer la faculté de coordonner les mouvements attribués au cervelet, je crois pouvoir en citer de très-concluants.

Ainsi, M. Devennes, médecin de l'hôpital militaire de Strasbourg, a rencontré deux cas de lésions de cet organe chez des individus qui n'en éprouvèrent aucune perversion dans les mouvements volontaires. Ils sont remarquables par la très-grande analogie des symptômes.

Dans le premier, il y avait, dans le lobe gauche du cervelet, un tubercule gros comme une noix ; au milieu du droit, un second gros comme une aveline, et trois autres plus petits, également dans sa substance. Le malade avait accusé pendant la vie une douleur vive et profonde à la partie postérieure de la tête, avait maigri, s'était affaibli, était devenu morose, inquiet, d'une humeur difficile, avait été pris de vomissements, de constipation opiniâtre, de céphalalgie, d'insomnie, d'engourdissement moral.

Dans le second, les accidents étaient survenus lentement et graduellement. On avait remarqué une céphalalgie habituelle, des vomissements opiniâtres, de la fièvre, une maigreur très-prononcée, une expression inquiète, de la faiblesse musculaire ; mais l'action de marcher était restée facile. Un peu plus tard, il était survenu du délire, des plaintes continuelles, une douleur à la partie postérieure de la tête. On trouva le cervelet plus mou que de coutume, un abcès dans son lobe gauche, composé de deux foyers séparés par une lamelle de substance grise, épaisse de 4 millimètres ; le supérieur, long de 3 centimètres et demi sur 2 centimètres 3 millimètres de large, contenant un pus blanc-jaunâtre, et la substance cérébelleuse ramollie autour, communiquant en arrière avec l'intérieur par une ouverture étroite.

J'ai fait l'autopsie du cadavre d'une femme appelée Bindel, dont l'observation, de même que celle qui suit, a été publiée

avec détails dans la *Gazette médicale*, comme exemple d'otorrhée cérébrale primitive, qui succomba à un ramollissement de l'hémisphère gauche du cerveau, compliqué de carie du rocher du même côté, de ramollissement de la portion de cervelet correspondant à la partie supérieure de ce dernier et à la face postérieure de la fosse temporale interne, sans avoir jamais présenté la moindre altération dans la liberté des mouvements volontaires.

Chez un homme âgé de 19 ans, qui succomba à une double carie de la portion pierreuse des temporaux, des os de l'oreille interne, des articulations temporo-maxillaires, avec altération correspondante de la dure-mère, production d'un très-grand nombre de tubercules dans le cerveau, dont la substance était ramollie à leur pourtour, et complication d'une lésion du cervelet consistant en une teinte bleuâtre ardoisée de la substance corticale, vis à vis de la fosse occipitale gauche, mais sans ramollissement, j'observai, pendant la vie, du trouble dans les mouvements de la progression. Ainsi, en faisant lever le malade, il marchait avec difficulté, chancelait, traînait davantage la jambe droite que la gauche, tombait en avant. Mais ces symptômes furent évidemment produits par les lésions étendues du cerveau, consistant dans de nouveaux ramollissements, la présence d'un grand nombre de tubercules, plutôt que par celle si douteuse du cervelet, puisque la coloration de cet organe était le résultat probable d'une véritable imbibition par contact, aucune altération de consistance ne l'accompagnant, et qu'en outre l'existence du plus grand nombre des ramollissements dans l'hémisphère gauche du cerveau explique très-bien la continuité des accès épileptiformes avec vives douleurs dans les bras, surtout le droit, leur contracture, la difficulté de la parole, etc.

Je dois faire ressortir ici, comparativement, l'absence des mêmes accidents chez la femme de l'observation précédente, bien que son cervelet fût réellement malade, puisqu'il était ramolli dans une portion de l'un de ses hémisphères.

M. Chomel rapporte l'exemple d'un garçon épicier, âgé de 16 ans, affecté de bégaiement et de céphalalgie intermittente d'abord, puis continue, qui fut pris de tremblement musculaire des membres, de délire avec déviation de la bouche à droite, de douleurs vives dans les extrémités et les lombes, de fièvre ; quatre jours avant la mort, de délire violent avec tentatives de quitter son lit, de dilatation des pupilles, d'affaiblissement de la vue, de strabisme, et enfin de coma profond pendant lequel il succomba, et à l'autopsie du cadavre duquel il trouva le lobe droit du cer-

velet presque entièrement transformé en un énorme tubercule non ramolli, en contact en dehors avec les méninges, recouvert en dedans d'une couche de substance cérébelleuse non altérée, et dans les ventricules latéraux du cerveau, un épanchement assez considérable.

M. Lachèse fils a publié, en 1836, l'histoire d'un homme chez lequel il rencontra, à l'ouverture du cadavre, au sommet de la substance blanche du cervelet, deux masses tuberculeuses réunies à leur base, dures à leur circonférence et ramollies à leur centre, nullement enkystées, mais développées aux dépens de la substance grise, bien que, pendant la vie, le sujet n'eût éprouvé qu'une céphalalgie intense dans la région occipitale, de la difficulté à parler, une stupeur profonde, de la confusion dans les idées, des vomissements fréquents, de la cécité, des accès épileptiformes, de la peine à se tenir sur ses jambes, tout en conservant la faculté de faire des courses (ce qui semble contradictoire).

Ici encore, tous les symptômes avaient été ceux d'une maladie du cerveau; car la progression s'exécutait régulièrement, et aucune excitation n'avait été observée dans les organes génitaux. La seule circonstance importante qu'on avait remarquée avait été la rémission survenue dans les accidents quelque temps après leur début, phénomène noté également par M. Andral un grand nombre de fois.

M. Duplay a cité l'observation d'un homme âgé de 54 ans, qui fut pris de perte subite de connaissance avec paralysie de la jambe et du bras droits, déviation de la langue du même côté, peu après suivie de paralysie complète du gauche, accompagnée de perte de la sensibilité, de petits mouvements convulsifs, de céphalalgie, d'intégrité de l'intelligence; un peu plus tard, de l'émission involontaire des urines, d'assoupissement continuel, de réponses lentes, d'une prostration extrême à laquelle il succomba; et à l'ouverture du cadavre duquel il trouva le tissu cellulaire sous-arachnoïdien très-infiltré de sérosité, la substance corticale de la face convexe de l'hémisphère cérébral droit adhérente, plus rouge, un peu ramollie, cette teinte s'étendant jusqu'à la substance blanche située au-dessous, qui contenait, dans une cavité capable de loger un petit œuf de poule, un caillot de sang en partie fluide, et était ramollie au pourtour; dans la partie moyenne du lobe gauche du cervelet, un ramollissement d'un pouce cube, rouge, renfermant dans son centre quantité de sang combiné avec la substance nerveuse.

Dans cette observation, les membres opposés au siége de l'altération cérébelleuse furent peu ou même pas lésés, sous les rap-

ports de leur mouvement et de leur sensibilité, qui furent seulement diminués; tandis que ceux du même côté, ou opposés à l'hémorrhagie cérébrale, furent complètement paralysés, phénomène qui a aussi été constaté par MM. Broussais, Quesne et Rostan, dans des cas identiques. Serait-ce que, lorsqu'il existe en même temps une hémorrhagie cérébelleuse et une hémorrhagie cérébrale de côtés opposés, la première se tairait devant la seconde? D'autres exemples du même genre tendraient à le faire croire.

Le même médecin a fait connaître l'histoire d'un homme âgé de 40 ans, qui éprouva des douleurs très-vives dans la tête, surtout à la région occipitale droite qui avait été violemment contuse dans une chute, lesquelles furent suivies d'engourdissement et de gêne dans les mouvements du bras gauche, qui ne tarda pas à se paralyser sans perdre sa sensibilité, de perceptions plus obtuses de l'ouïe, d'une diminution rapide de la vision, de la dilatation et de l'immobilité des pupilles; chez lequel il survint tout à coup du délire, la bouche se dévia légèrement à droite, le coma devint profond, les selles involontaires, et qui succomba.

A l'ouverture du cadavre, il trouva l'arachnoïde rouge, le tissu cellulaire sous-arachnoïdien infiltré de pus dans plusieurs points, avec des adhérences assez fortes pour enlever une couche très-mince de la substance corticale du cerveau un peu plus rouge que de coutume, une forte cuillerée de sérosité trouble dans les ventricules, l'encéphale intact, les adhérences très-fortes des membranes à la partie supérieure et sur le côté du lobe droit du cervelet, en sorte qu'il enleva avec elles une couche de la substance nerveuse ramollie, convertie en une matière d'un jaune-rougeâtre, presque diffluente, fortement injectée au delà de sa circonférence, et ayant à peu près 4 centim. d'étendue, le lobe gauche seulement un peu plus injecté que dans l'état naturel, et enfin la moelle sans aucune lésion.

Ce qu'il y eut de remarquable dans cet exemple, ce fut l'influence croisée sur les mouvements, la céphalalgie bornée à la portion de la tête qui correspondait à la lésion du cervelet, la perte de la vue étendue aux deux yeux, et l'absence d'altération des mouvements de la progression et d'excitation des organes génitaux, puisque jamais le phénomène de l'érection ne fut observé.

Le même a cité l'observation d'une fille, âgée de 26 ans, atteinte de gastro-entérite chronique, qui perdit brusquement connaissance, ne put se relever, ne récupéra pas le mouvement dans les membres du côté droit; chez laquelle l'intelligence resta intacte : il n'y eut aucun mouvement convulsif, mais perte de la

sensibilité de la peau du côté paralysé, et il survint un coma profond sans déviation de la langue ou de la bouche, une insensibilité plus grande, et enfin la mort.

A l'ouverture du cadavre, il rencontra le cerveau sain, seulement sablé, mais la substance du lobe gauche du cervelet d'un rouge-brun, aboutissant à une cavité irrégulièrement ovale, capable de loger un gros œuf de pigeon, remplie de sang en partie liquide et en caillots, au milieu duquel nageaient des débris de matière nerveuse.

Ici encore il n'y eut que les symptômes d'une hémorrhagie cérébrale d'une étendue moyenne, mais aucun phénomène qui eût pu mettre sur la voie d'une lésion du cervelet.

Enfin, comme dernier fait, M. Duplay rapporte celui d'un ébéniste, âgé de 28 ans, autrefois scrofuleux, qui fut pris de céphalalgie très-violente à la partie postérieure de la tête, revenant par accès, accompagnée de vomissements, d'affaiblissement de la vue, de perte de mouvement des membres du côté droit, de prolapsus de la paupière correspondante, d'hémiplégie de ce côté, de cécité, de diminution de l'ouïe, chez lequel la sensibilité de la peau resta intacte, les pupilles immobiles, l'intelligence nette ; il survint plus tard du délire, puis du coma, des vomissements, des évacuations alvines involontaires, et enfin la mort. A l'ouverture du cadavre, il trouva le tissu cellulaire sous-arachnoïdien infiltré de sérosité, les membranes adhérentes à toute la face supérieure des hémisphères du cerveau, la substance grise légèrement injectée, ainsi que les membranes du cervelet, mais d'une manière plus marquée sur le lobe gauche, où il existait par places dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien un peu d'infiltration purulente ; à un peu plus de 2 centim. de profondeur au-dessous, et plus près de la partie antérieure que de la postérieure, une masse tuberculeuse du volume d'une grosse aveline, ayant déjà subi un commencement de ramollissement, mais sans adhérences avec la substance nerveuse qui l'entourait, laquelle était seulement injectée, et la moelle épinière intacte.

Disons-le donc, l'ensemble des actes cérébraux duquel on ne peut pas distraire ceux départis au cervelet offre une régularité et une coordination qui enfantent le plus beau fait de la création, comme ils en sont l'expression la plus élevée ; car si chacun d'eux fonctionne dans son action spéciale, en représentant pour ainsi dire des fragments de la vie, ils n'en constituent pas moins par leur réunion un organe *un*, dont les actes consensuels forment cette unité fonctionnelle que MM. Serres et Flourens ont proclamée si haut, et qui établit l'ensemble harmonique de l'être.

On ne peut donc, dans l'état des connaissances acquises, apprécier ce qu'il y a de distinct et de tranché dans l'action que, suivant les physiologistes, le cervelet a été appelé à exercer sur les fonctions soit génératrices, soit locomotrices, qu'on doit être étonné de voir rapprochées ; car il ne semble pas qu'il puise y avoir grande analogie entre elles, et que le même organe doive servir à des actions si différentes. Il faut donc encore avouer l'ignorance dans laquelle on est des usages spéciaux de la masse cérébelleuse, et ne consentir qu'avec répugnance et jusqu'à preuves contraires à en vouloir étudier l'action indépendamment de celle de l'ensemble encéphalique, méthode peu logique pour arriver à des résultats concluants.

En voyant l'incertitude symptomatologique qui régnait dans les descriptions de maladies du cervelet, à mesure que je lisais les histoires de celles que j'avais pu réunir, et la difficulté de rencontrer des signes propres à aider le diagnostic, je concluais tristement qu'on n'avait encore que des matériaux bien insuffisants pour asseoir la science à cet égard. C'est aussi ce qu'a éprouvé M. Andral dès qu'il s'est livré, avec le talent qu'on lui connaît, au même travail, et qu'il a analysé, dans le cinquième volume de sa *Clinique*, 93 cas de maladies du cervelet, dans le but d'en apprécier la valeur et l'utilité, non-seulement pour infirmer ou confirmer les diverses opinions émises sur ces fonctions, mais encore pour faire connaître les symptômes propres à indiquer les altérations de son organisation et à les faire distinguer de celles du cerveau.

Si M. Duplay, qui s'est efforcé, dans un excellent mémoire déjà cité, qu'il a publié dans le cahier de novembre 1836 des *Archives générales de Médecine*, de jeter quelque lumière sur l'obscurité de cette matière, en indiquant des signes puisés dans l'étude de cinq faits cliniques qui en font la base, est parvenu à les analyser par appareils et à les mettre de la sorte en relief (ce qui est déjà assez difficile), je pense que, s'il les eût cherchés dans un plus grand nombre, il en eût reconnu l'obscurité, ou fréquemment l'absence, ou enfin la confusion avec les symptômes des affections du cerveau. C'est que certaines affections de ce dernier organe y donnent souvent lieu, en vertu du lien étroit qui l'unit au cervelet par continuité de substance, et qui en fait un tout désigné sous le nom d'appareil cérébro-spinal.

En comparant le plus grand nombre des observations de maladies du cervelet qui ont été publiées, j'ai cherché à apprécier la valeur des symptômes qui les ont le plus ordinairement accompagnées, et à défaut d'une expérience personnelle qui me

permette d'en offrir de nouveaux plus positifs, j'ai été amené à m'arrêter aux suivants, comme aux plus communs, et par conséquent aux plus constants dans l'état actuel de la science.

Mais avant, je dois déclarer que la coïncidence de lésions ou d'affections cérébrales, qu'ellesaient précédé ou qu'elles soient venues compliquer les maladies du cervelet, étant ce qui s'observe le plus souvent, les symptômes propres à les dénoter prédominent, ou au moins jettent beaucoup de confusion et d'anomalie dans ceux qui pourraient dépendre d'une lésion du cervelet. C'est ainsi que les tumeurs qui se développent dans ce dernier donnent fréquemment lieu à l'hydrocéphale, et qu'alors leurs symptômes deviennent très-difficiles à distinguer de ceux de cette affection cérébrale ; que dans les apoplexies des diverses parties du cerveau, les symptômes sont à peu de chose près les mêmes, et qu'aucun caractère tranché ne vient traduire à l'intelligence les signes propres à les différencier de celles du cervelet, de même que le ramollissement de l'encéphale ne se décèle pas toujours par des caractères propres; car on en trouve de très-étendus sans qu'aucun signe particulier ait pu les faire soupçonner pendant la vie ; qu'enfin, dans les cas de phlegmasie avec ou sans ramollissement de la pulpe cérébelleuse, les accidents qui en résultent (accès épileptiformes, convulsions partielles du côté opposé, paralysie, etc.) peuvent et doivent tout aussi bien être attribués à la même lésion du cerveau ou de la dure-mère et de l'arachnoïde.

Néanmoins, les symptômes qui m'ont paru exister le plus souvent sont une céphalalgie ayant son siége à la partie postérieure de la tête, des menaces incessantes de congestion, un affaiblissement des contractions d'un bras, et bientôt de la jambe d'un côté, ordinairement de celui opposé au siége de la lésion, suivi plus tard de paralysie qui ne s'étend jamais à la langue, à moins qu'il n'y ait coexistence d'une hemorrhagie cérébrale ; une diminution dans la sensibilité de la peau, l'intégrité des facultés intellectuelles, à moins qu'il ne soit survenu des complications du côté du cerveau ; un affaiblissement de la vue, augmentant, dans quelques cas, jusqu'à la cécité ; une tristesse prononcée ; enfin, dans la dernière période, les symptômes qui accompagnent la terminaison de toutes les maladies de l'encéphale.

J'ajouterai que la fréquence assez grande de la paralysie dans le côté du corps opposé à la lésion du cervelet semble confirmer l'opinion de l'entrecroisement des fibres cérébelleuses ; car alors les symptômes sont analogues à ceux des apoplexies graves des couches optiques ou des corps striés. C'est aussi ce que pensent

M. Bouillaud, d'après les observations cliniques qu'il a recueillies, et M. Andral, qui en cite un fait confirmatif. Seulement, comme des faisceaux nerveux du cervelet s'étendent, les uns au cerveau, les autres à la moelle allongée, il croit que les symptômes seraient fort divers, selon que la lésion pathologique serait exclusive au cervelet, ou qu'elle s'étendrait plus ou moins à ces faisceaux; et telle est aussi l'opinion de M. Bore, qui a rapporté trois faits d'hémorrhagies cérébelleuses considérables bornées à un côté, qui ne laissent également aucun doute à cet égard.

Quant aux tubercules développés dans le cervelet, ils donnent lieu à des congestions d'abord passagères, qui, après s'être longtemps répétées, aboutissent à une phlegmasie de la substance cérébrale, laquelle vient clore la scène. Mais encore, dans ces cas, à moins qu'il n'y ait des signes de diathèse tuberculeuse ou une céphalalgie occipitale se joignant à quelques-uns des signes mentionnés ci-dessus, il est assez difficile de décider si les symptômes doivent être attribués à leur existence plutôt dans le cervelet que dans le cerveau.

Ainsi donc, pour résumer les idées auxquelles j'ai été amené en comparant ce que la science possédait de faits les plus récents sur les fonctions et les maladies du cervelet, et en m'efforçant d'en élaguer toutes les explications ou commentaires auxquels elles ont donné lieu, je crois qu'on peut s'arrêter à ce qui suit :

1° Les fonctions de cet organe sont encore ignorées, les résultats des vivisections, ceux de ses divers états pathologiques étant trop contradictoires pour qu'on puisse en démontrer la nature.

2° Celles de présider à l'acte générateur, qu'une classe de physiologistes lui attribue, sont hypothétiques, les faits invoqués ou cités en faveur étant de beaucoup surpassés par d'autres tout à fait contraires.

3° La fonction de présider à la régularisation ou équilibration des mouvements de la progression, attribuée par une autre classe de médecins, est tout aussi contestable, le chiffre des observations de lésions de cet organe infirmant cette opinion et l'emportant des deux tiers sur ceux qui lui sont favorables.

4° Les signes propres à différencier les maladies du cervelet de celles du cerveau ne sont pas assez positifs pour qu'on puisse arriver à un diagnostic sûr, et il est à craindre qu'à cet égard les limites de l'art ne soient à peu près atteintes ou difficilement reculées; car les symptômes suivants, qui semblent le plus fréquemment observés, sont encore bien vagues et bien insuffisants : ce sont une céphalalgie à la partie postérieure de la tête, un

affaiblissement dans les contractions des muscles du bras et de la jambe d'un côté, suivi plus tard de paralysie ; une diminution dans la sensibilité de la peau, des congestions fréquentes, une altération de la vue augmentant jusqu'à la cécité, l'intégrité des facultés intellectuelles quand il n'y a pas de maladie coexistante du cerveau, de la tristesse, ou des pressentiments sinistres, etc.

5° Les seules affections morbides du cervelet relatées jusqu'ici semblent bornées à sa phlegmasie ou à celle de ses membranes, à son ramollissement, à son apoplexie, et au développement de tumeurs, soit stéatomateuses, soit squirrheuses ou encéphaloïdes, soit enfin tuberculeuses, dans sa substance. Il reste à trouver les signes caractéristiques de chacune de ces lésions.

6° On parviendrait tout au plus à en découvrir de propres à indiquer l'état phlegmasique, l'hémorrhagie et la compression par une tumeur, sans en pouvoir préjuger la nature ; encore faudrait-il qu'il n'y eût pas coexistence d'une maladie du cerveau, ce qui est rare, ces deux organes faisant partie d'un tout ou appareil unitaire, dit cérébro-spinal, dont ils sont solidaires, en sorte que les lésions de l'un ne tardent pas à provoquer celles de l'autre.

IV. PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQ. ET CLINIQ. MÉDICALES.

2. *De l'anxiodynie ;* par M. Paul de Mignot.

(Suite : voir t. 154, juin 1845, p. 51 ; t. 155, juillet, p. 7.)

(Bulletin médical de Bordeaux, mai 1845.)

§ III. — *De l'anxiodynie symptomatique d'une lésion des organes contenus dans la poitrine.*

1° *Anxiodynie symptomatique d'une lésion nerveuse, appréciable à nos sens, ou* plectodynie intra-thoracique. — Les altérations de la texture nerveuse avaient, pour ainsi dire, échappé aux anciens ; en sorte qu'ils confondaient sous le nom générique de névroses, et les maladies qui dépendaient du trouble idiopathique ou essentiel de l'innervation, et celles qui étaient le résultat mécanique d'un désordre matériel dans la substance nerveuse elle-même. Aujourd'hui, l'on a tracé une ligne de démarcation bien distincte entre ces deux états morbides ; mais si, dans ces derniers temps, on est parvenu à éclaircir quelques points du problème, beaucoup d'autres sont restés insolubles, et la confusion règne encore dans l'histoire des affections nerveuses en

général. Ainsi, pour ne parler que des névroses qui forment la classe la plus nombreuse, il est bien vrai que, dans quelques cas, elles semblent indépendantes de toute lésion matérielle ; mais dans beaucoup d'autres il n'en est pas ainsi : elles sont évidemment entretenues par une lésion organique. C'est donc une erreur d'affirmer *que le caractère distinctif des névroses est de déterminer un trouble idiopathique de l'innervation, sans que ce trouble soit sous la dépendance d'une altération de texture.* L'angine de poitrine, en particulier, donne un démenti formel à cette théorie.

On doit aux recherches de Cotugno, de Fothergill, de Pujol, de Forthsmann, et surtout de Chaussier, la connaissance presque complète des névralgies et leur délimitation d'avec les névroses, dont elles ne sont toutefois qu'une variété, puisqu'elles ont la même origine. L'illustre Chaussier a étudié ce genre de maladies avec cette supériorité qui lui était propre : il les a divisées d'une manière très-rationnelle ; mais ses investigations n'ont porté que sur les nerfs de la vie animale. M. Jolly a pensé, à juste titre, que les nerfs de la vie organique pouvaient aussi être affectés de névralgie, et il a proposé une classification entièrement basée sur cette induction que confirment à la fois le raisonnement et l'expérience. Enfin, M. Martinet, dans un beau travail sur la névrite, a constaté que le tissu nerveux pouvait être soumis à toutes les chances de l'inflammation.

Déjà des faits nombreux ont parfaitement démontré que la lésion du névrilemme et sa dégénérescence produisaient, dans quelques cas, tous les accidents des névralgies. Bien plus, certaines affections qu'on a jusqu'ici confondues avec les névroses, parce qu'on les regarde comme essentiellement idiopathiques, ne reconnaissent évidemment pour cause que l'altération du tissu nerveux. C'est donc bien à tort que beaucoup d'auteurs n'ont voulu placer au rang des névralgies que les douleurs nerveuses, indépendantes de tout désordre matériel. Certes, nous reconnaissons que l'inflammation aiguë de la substance nerveuse doit surtout produire la névrite, la névrilite, c'est-à-dire le gonflement, la rougeur, la chaleur, etc., qui se manifestent en pareil cas dans les organes d'une texture différente ; mais est-il donc impossible que l'irritation chronique, que la désorganisation lente du tissu nerveux ne se traduisent que par des douleurs atroces, exacerbantes, revenant de temps en temps, par la névralgie enfin, à l'exclusion de tout phénomène inflammatoire ?

L'analogie suffirait pour confirmer cette assertion, si les faits ne

venaient la sanctionner de leur témoignage irrécusable. Broussais, M. Cruveilhier, M. Bégin, Ollivier d'Angers, ont enrichi la science d'observations très-curieuses sur les désorganisations de l'appareil encéphalo-rachidien. Cheselden, Camper, A. Petit, Chaussier, Odier de Genève, M. Maunoir, Delpech, Dupuytren, Richerand, M. Marjolin, et beaucoup d'autres, ont fait des recherches très-importantes sur le névrôme des nerfs encéphaliques. Enfin, on a constaté qu'il n'était aucun ganglion, aucun plexus nerveux de la vie organique qui ne pût être atteint d'irritation morbide, de dégénérescence.

Dans tous ces cas, les symptômes avaient revêtu tantôt la forme de la névrite, tantôt celle de la névralgie; seulement on croit avoir remarqué que toutes les fois que la substance médullaire avait été atteinte la première, l'inflammation était plus prononcée et la douleur moins vive; que lorsque c'était le névrilemme, au contraire, la douleur prédominait. Quoi qu'il en soit, on ne peut nier l'influence de la lésion matérielle ou de la dégénérescence sur la production de la douleur. Il est vrai que Dupuytren affirme que les névrômes ne sont autre chose que des tumeurs fibro-celluleuses arrivées à l'état de squirrhe, et qu'il n'y a jamais découvert de filets nerveux; mais ici l'erreur du grand chirurgien est manifeste, et aucun des anatomo-pathologistes qui ont traité ce sujet ne partage son avis. M. Cruveilhier a bien dit que les filets nerveux étaient inaltérables; mais il n'a pas nié la transformation fibreuse et la dégénérescence des ganglions nerveux. En admettant même l'opinion de Dupuytren et celle de M. Cruveilhier, sur l'inaltérabilité du tissu nerveux, notre manière de voir n'en serait pas moins rationnelle; car on peut fort bien se rendre compte de la douleur par le tiraillement des filets nerveux, par leur déplacement, et ce serait toujours une lésion mécanique, une altération de tissu qui donnerait lieu à la névralgie.

Mais enfin, pourquoi le tissu nerveux lui-même serait-il inaltérable? pourquoi surtout serait-il inaccessible à la congestion, à l'inflammation, à la dégénérescence? N'est-il pas pourvu de vaisseaux artériels et veineux? La texture organique qui le compose est-elle donc si différente des autres éléments constitutifs du corps, qu'elle ne puisse être subordonnée aux mêmes conditions? Quoi! lorsque la trame encéphalique est si prompte à s'engorger, à se désorganiser; lorsqu'elle se prête si facilement à l'appel des fluides, au raptus du sang et à ses fatales conséquences, le tissu nerveux, qui n'en est que la continuation, ne serait pas soumis aux mêmes phénomènes?

Cela n'est pas et ne peut être. Il n'est plus permis aujourd'hui d'élever le moindre doute à cet égard, à moins de regarder comme non avenus et inutiles tous les travaux qui ont été publiés dans ces derniers temps, et notamment ceux de M. Martinet.

Une chose encore qu'on ne peut révoquer en doute, c'est que les nerfs de la vie organique peuvent être affectés de névralgie, et que cette névralgie reconnaît quelquefois pour cause, comme celle des nerfs de la vie animale, une lésion mécanique appréciable du tissu nerveux. Il est donc parfaitement rationnel d'admettre *une anxiodynie symptomatique d'une lésion nerveuse, appréciable à nos sens.* Les faits qui en attestent la possibilité ne sont pas nombreux ; mais enfin quelques-uns ont été publiés, et nous allons les reproduire.

M. le professeur Andral a cité l'observation d'un homme atteint d'une oppression habituelle, et chez lequel la dyspnée a paru due à la compression des nerfs pneumogastriques par des ganglions cervicaux engorgés.

MM. Breschet et Lobstein ont vu la névrite envahir le pneumogastrique et le trisplanchnique, et déterminer des accidents fort douloureux et fort intenses. Dans ce cas, la névrite peut précéder la névralgie ; mais celle-ci finit ordinairement par prédominer.

Pendant que M. Bérard était interne à Bicêtre, il découvrit dans l'épaisseur du nerf diaphragmatique droit, chez un homme de soixante ans, une tumeur squirrheuse ; il y avait eu pendant la vie de la gêne dans la respiration, de l'anxiété précordiale, *et probablement de la douleur.*

Enfin, M. Blandin rapporte qu'il a trouvé « dans le nerf pneu-
« mogastrique une tumeur qui lui a paru mériter le nom de
« névrôme. Elle avait le volume d'un gros pois ; sa forme était
« allongée, et son tissu, dur et grisâtre, paraissait être le résul-
« tat d'une végétation intérieure du névrilemme ; à la hauteur
« de cette production, les filets nerveux étaient atrophiés. (*On*
« *voit qu'il ne les regarde pas comme inaltérables.*) *L'espèce d'an-*
« *gine de poitrine*, ajoute M. Blandin, que le sujet avait éprouvée
« pendant sa vie dépendait-elle de cette lésion ? *La chose me*
« *paraît indubitable.* »

Je crois qu'il convient de réserver à cette variété le nom de *plectodynie intra-thoracique* (*plectè, plexus ; odunè, douleur*).

Tout cela, dira-t-on, ne prouve pas l'existence de l'angine de poitrine chez ces divers malades ; quelques-uns ont éprouvé des accidents qu'on peut plus logiquement rapporter à l'asthme,

aux lésions du poumon ou du cœur! Oh! certes, je ne prétends pas non plus confondre cette espèce d'anxiodynie avec celle que j'ai précédemment décrite, avec la seule qu'on veuille admettre aujourd'hui ; mais je pense qu'il est temps d'élargir le cadre de cette affection, de reconnaître qu'elle est infiniment complexe, et de ne plus en limiter l'étude à un seul symptôme (la douleur intra-thoracique revenant par crises) qui n'est pas essentiellement caractéristique, puisque rarement il existe seul, ou qu'il est masqué par d'autres symptômes, ou qu'il peut subir une transformation qui le rend méconnaissable.

Borner l'étude de l'anxiodynie à cette sorte de névrose essentielle qu'on décrit aujourd'hui sous le nom d'angine de poitrine, c'est restreindre cette affection à une de ses variétés, c'est admettre l'espèce et rejeter le genre, c'est mentir à l'observation et à l'expérience. Car on nie à la fois tous les résultats fournis par l'anatomie pathologique, on ne reconnaît que quelques-uns des nombreux symptômes qui distinguent les névralgies internes, on sépare l'effet de la cause, on proclame, en d'autres termes, que cette maladie ne peut jamais se rattacher à une lésion organique, qu'elle doit toujours exister sans complications, ou qu'elle en est toujours indépendante. Or, c'est le contraire qui a lieu.

Nous ne nions pas, dites-vous, la *coexistence* des complications; seulement nous n'admettons pas la dépendance qu'il peut y avoir entre elles et l'angine de poitrine. Vous invoquez à votre aide l'anatomie pathologique ; mais n'observez-vous pas tous les jours les mêmes lésions de texture chez des sujets qui n'ont jamais eu la moindre atteinte de cette affection?

Il est fâcheux sans doute que nous ne connaissions pas au juste l'influence qu'exerce la fibre malade sur le fluide nerveux, que nous ne puissions découvrir à quel degré la lésion de texture provoque la douleur, sous quelles conditions cette douleur est continue, intermittente ; mais de ce qu'un désordre matériel ne réagit pas toujours sur l'innervation au point de provoquer les symptômes de l'anxiodynie, il ne s'ensuit pas qu'il ne puisse quelquefois en être ainsi. Lorsque surtout ce désordre matériel a évidemment précédé l'invasion des crises, et qu'il se trouve rapproché du siége que vous supposez au mal, ou en contact avec ce siége, pouvez-vous nier qu'il soit la cause des accidents qui se manifestent? Si cette hypothèse n'a pas à vos yeux toute la force d'une vérité démontrée, avouez toutefois qu'elle est bien préférable à celle qui attribue l'angine de poitrine uniquement au trouble idiopathique de l'innervation, alors même qu'elle coïncide avec l'altération profonde d'un organe important. En

rejetant cette hypothèse, vous méconnaissez les lois de l'organisation, car vous détruisez les points de contact qui lient inséparablement la matière à la vitalité.

Ce qui vous empêche d'admettre cette théorie, c'est l'intermittence de la douleur, c'est son caractère névralgique. Vous dites : *Si la lésion organique présidait à la maladie, la douleur serait continue, serait constante ; or, il n'en est pas ainsi.* Mais cette argumentation n'est pas solide, car vous voyez le contraire arriver dans une foule de maladies aiguës et inflammatoires ; vous voyez des fièvres périodiques se lier à des lésions permanentes ; vous voyez des crises nerveuses revenir, par intervalles, dans certaines affections organiques du larynx, de l'œsophage, de l'estomac, du poumon, du cerveau, etc. Or, ces crises convulsives ont quelquefois pour cause un obstacle quelconque à la respiration ou à la circulation ; mais très-souvent aussi elles sont produites *par la violence de douleurs intermittentes.* Ici, sans doute, vous ne considérerez pas ces douleurs comme indépendantes de la lésion de texture ; et cependant celle-ci est continue.

Sans doute, certaines complications peuvent exister indépendantes de l'anxiodynie ; mais est-il rationnel de penser que celles qui réveillent particulièrement les sympathies des plexus intra-thoraciques, celles qui tiennent aux lésions des viscères contenus dans la poitrine, n'aient aucun rapport avec cette affection ? Oserait-on sérieusement soutenir que chez un homme atteint à la fois d'anxiodynie et de désorganisation du cœur, ces deux maladies ne se lient pas l'une à l'autre ? Serait-il même possible que l'une ne fût pas la conséquence de l'autre ? Certes, ce ne serait pas à une époque où l'on cherche partout des altérations matérielles, où l'on veut assigner à toutes les individualités morbides des causes physiques, qu'on viendrait nier cette proposition. Et il faut avouer qu'ici l'on serait bien injuste de rejeter les preuves fournies par l'anatomie pathologique, car avant qu'elle eût éclairé la science et guidé les observateurs, que d'obscurité, que de confusion dans cette grande classe de maladies que l'on décrit aujourd'hui sous le nom de névroses !

Il ne suffit pas d'admettre que l'angine de poitrine peut être la conséquence des affections viscérales qui la compliquent ; il faut encore l'étudier avec les nombreuses modifications que lui impriment ces nouveaux épiphénomènes, et ne pas en circonscrire la description à une seule variété. En effet, à qui persuaderez-vous que l'anxiodynie idiopathique, l'anxiodynie uniquement due à une lésion nerveuse immatérielle, revêt les mêmes symptômes, les mêmes caractères, et affecte la même marche que celle qui

est compliquée d'une dégénérescence des organes contenus dans la poitrine ?

Mais alors, direz-vous, elle doit nécessairement embrasser tous les symptômes propres à la dégénérescence de ces organes; et comment voulez-vous la reconnaître au milieu de cette multitude de phénomènes si variés ?

Il est très-vrai que sous l'influence d'une altération de texture qui parcourt ses périodes, l'angine de poitrine (*ce que l'on appelle quelquefois le côté nerveux de la maladie*) peut s'effacer, se transformer ; mais ordinairement elle conserve, au début surtout, ses caractères primitifs, qui sont la douleur revenant par crises, l'angoisse et la suffocation. Ces trois derniers symptômes tendent à perdre peu à peu leur type intermittent, et l'époque de transition est alors marquée par les progrès que fait la lésion de texture. Cette époque de transition se dessine bien mieux encore lorsque la lésion organique est consécutive : dans ce cas, les symptômes propres à l'organe malade ne surviennent que graduellement; pendant un laps de temps quelquefois assez considérable, les deux affections marchent de concert et se modifient réciproquement, jusqu'à ce qu'enfin le désordre matériel ait imposé silence à la sensibilité.

Mais il peut arriver aussi qu'au milieu d'une désorganisation qui marche lentement, le malade éprouve tous les symptômes caractéristiques de l'anxialgie, qu'une douleur violente et profonde, accompagnée d'une angoisse inexprimable, vienne s'ajouter aux phénomènes qu'on a déjà observés, et prédomine, et qu'il ne soit pas possible d'élever des doutes sur la nature de cette nouvelle complication. Seulement, on remarque en général que, dans ce cas, la douleur laisse, pour ainsi dire, des traces indélébiles de son passage, et qu'elle ne disparaît jamais complètement. Mais, bien qu'elle persiste, si je puis ainsi dire, à l'état chronique, la rapidité, la violence de son invasion, et les exacerbations qui l'accompagnent, ne laissent aucun doute sur son identité de nature avec celle de l'anxialgie.

Ainsi, dans plusieurs cas, l'angine de poitrine, elle-même, n'est qu'une complication ; elle n'est point la maladie principale, quoiqu'elle semble prédominer : elle est le résultat d'un désordre matériel. Et qu'on ne vienne pas, pour prouver le contraire, invoquer sa nature névralgique, puisqu'il est aujourd'hui bien démontré que certaines névralgies peuvent être attribuées à une lésion de texture !

Lorsqu'une lésion organique de la poitrine a précédé le développement de l'anxiodynie, il n'est pas permis de révoquer en

doute l'influence première de cette lésion. Mais ce qui prouve jusqu'à l'évidence que l'angine de poitrine peut être produite et entretenue par une affection qui la complique, c'est qu'on la voit quelquefois grandir et diminuer avec cette affection ; on la voit s'éteindre avec elle ; elle en suit pas à pas toutes les phases ; elle en subit toutes les influences. Que d'individus atteints de maladies du cœur éprouvent des douleurs anxialgiques, et que de fois ces crises sont entièrement subordonnées aux progrès de la lésion organique !

On va me reprocher sans doute de confondre cette affection avec un grand nombre d'autres; mais il n'en est point ainsi, puisque je ne perds jamais de vue ses caractères pathognomoniques. J'admets, comme vous, que le signe le plus constant de l'anxiodynie est cette douleur exacerbante, revenant par crises, ayant ordinairement son siége derrière le sternum ; mais, à mon avis, cette douleur peut s'accompagner de plusieurs autres phénomènes non moins caractéristiques. Vous voulez au contraire qu'elle soit en quelque sorte le seul et unique signe distinctif de l'angine de poitrine : il est même essentiel qu'elle ne provoque aucun trouble du côté de la circulation et de la respiration, ou vous proclamez qu'elle ne constitue plus la vraie angine de poitrine ! comme si le premier effet d'une douleur très-vive, qui a son siége dans la poitrine, n'était pas de réagir avant tout sur le cœur et le poumon ! La crainte seule de confondre l'anxiodynie avec l'asthme vous a fait méconnaître cette vérité. Pour moi, je ne comprends pas qu'on veuille isoler cette douleur des désordres matériels qui envahissent la poitrine, et la rendre indépendante de complications qui doivent évidemment l'entretenir ou la produire. Mais il est un fait qui vous condamne et auquel vous n'avez pas songé : lors même que vous nieriez la dépendance qu'il peut y avoir entre l'anxiodynie et ses complications, vous reconnaîtrez sans doute que souvent elle coexiste avec d'autres maladies. Eh bien ! alors il est impossible qu'elle *se borne à votre simple douleur;* car si le poumon, si le cœur sont malades, cet état morbide se traduira par les symptômes qui lui sont propres, c'est-à-dire que *la suffocation*, *la toux*, *les palpitations*, etc., compliqueront l'affection principale : *donc la douleur anxialgique peut coïncider avec la toux*, *l'oppression*, *la dyspnée*, etc. C'est d'ailleurs ce que confirment les observations de tous les temps et de tous les pays; et si jamais la majorité fait loi, c'est bien certainement dans la question qui nous occupe. Lisez tous les faits qui out été publiés jusqu'ici sur l'angine de poitrine, et vous en trouverez fort peu dans lesquels cette affection se borne

au symptôme unique que vous admettez, à une douleur angoissante ; vous la voyez, au contraire, provoquer des désordres plus ou moins graves, principalement du côté du cœur, du poumon et du diaphragme.

Pour moi, j'avoue que je ne me sens pas le courage de proclamer que presque tous les auteurs se sont trompés et qu'ils ont décrit une fausse angine de poitrine ; je craindrais de n'avoir pas raison contre tous. J'aime mieux mille fois m'attacher à prouver qu'il y a deux sortes d'angines de poitrine, comme il y a deux sortes de névroses, et que c'est parce qu'on a jusqu'ici confondu ces deux formes différentes qu'on n'a jamais pu s'entendre.

Cette théorie, qui n'exclut pas l'influence des désordres matériels sur ceux de l'innervation, est entièrement basée sur des faits; elle a l'immense avantage de résoudre quelques points du problème, et serait peut-être un acheminement à la connaissance complète de quelques névralgies encore fort obscures.

L'anxiodynie peut donc être la conséquence des affections qui la compliquent. Ce point admis, il faut avouer que l'étude des complications est encore à faire ; cependant cette étude est fort essentielle. Déjà l'on a bien remarqué que l'ossification des artères, et notamment des artères du cœur, pouvait donner lieu à l'angine de poitrine ; mais il est d'autres lésions du cœur et même du poumon qui produisent le même résultat. On est obligé d'admettre cette assertion ou de regarder comme non avenus un grand nombre de faits épars dans les auteurs, et de considérer comme inutiles les travaux des grands maîtres à ce sujet (Selle, Reil, Renauldin, Stoll, Pinel). Ainsi l'on ne révoquera pas en doute le talent d'observation de Morgagni, on ne l'accusera pas d'avoir publié des erreurs dans ses *Lettres*. Eh bien ! il est évident que plusieurs des malades dont il trace l'histoire étaient atteints d'anxialgie symptomatique ou compliquée, et qu'il a constaté chez eux d'autres lésions qu'une ossification des artères coronaires.

Jusqu'ici l'étude des complications a tellement été négligée, que les désordres concomitants sont presque toujours passés inaperçus. Comme, d'un autre côté, l'on ne s'occupe guère des causes, on s'est fort peu inquiété de remonter vers l'origine du mal et de rechercher avec soin si son apparition était vraiment inexplicable. Que de maladies qu'on attribue au *to Theion* d'Hippocrate, ou au *quid divini* des Latins, et dont on pourrait comprendre la nature par un examen attentif des causes qui les produisent !

Il ne faut donc pas méconnaître les complications; bien loin de là, il faut s'empresser de les combattre. Et cette recommandation s'adresse également à ceux qui professent une opinion contraire à la nôtre, car lors même que les complications n'auraient pas donné naissance à la maladie qui prédomine, on ne peut douter qu'il n'y ait toujours entre elles et cette maladie une incontestable réciprocité d'action, et c'est un motif suffisant pour les attaquer avec énergie.

2° *Anxiodynie symptomatique d'une affection du cœur, ou* khérodynie. — On a déjà pressenti notre opinion sur la nature et le siége de l'anxiodynie; plus tard nous la développerons. L'anxiodynie symptomatique ne se traduit pas par les mêmes phénomènes que l'anxiodynie idiopathique, elle ne se dessine pas aussi bien. Ainsi, quoique la douleur et l'angoisse en soient encore les signes distinctifs, ces symptômes sont enveloppés dans un grand nombre d'autres, ou ne font que prédominer au milieu des complications. Si quelquefois ils sont bien tranchés, ce n'est qu'au début de la maladie. La douleur anxialgique, lorsqu'elle dépend d'une lésion matérielle, ne se propage que rarement aux branches nerveuses de la face et des membres; elle se fixe sur l'organe malade, et ne se porte presque jamais hors de la poitrine. Quelquefois cependant elle gagne les deux bras, et nous verrons plus tard par quel mécanisme. Puis, dans l'intervalle des crises qui se prolongent bien plus longtemps que celles de l'anxialgie idiopathique, l'affection organique se manifeste par les signes qui lui sont propres. Si c'est le cœur qui est malade, il survient des palpitations, des suffocations violentes; si c'est le poumon, la toux, la dyspnée, l'asthme, etc., peuvent parfaitement compliquer la douleur, ou lui succéder.

Les recherches qui ont été faites jusqu'ici ont démontré d'une manière évidente que la lésion du cœur qui donnait le plus souvent naissance à l'anxiodynie, ou qui la compliquait presque toujours, était *l'ossification des artères coronaires*. Kreysig a même prétendu que cette affection ne pouvait reconnaître d'autre cause, et que toutes les fois qu'on n'a pas constaté *l'ossification des artères coronaires*, il est douteux qu'on ait eu à traiter une angine de poitrine. Mais l'opinion de Kreysig est trop exclusive. Quelquefois une dilatation de l'aorte et des ventricules, une ossification des oreillettes et des grosses artères, l'érosion de leur tunique interne, le ramollissement de cette membrane, les rugosités qui la recouvrent, et, d'un autre côté, les désorganisations qui affectent le tissu du cœur lui-même, sa dégénérescence tendineuse, sa transformation fibreuse (Fother-

gill, Hunter), peuvent parfaitement provoquer tous les symptômes de l'anxiodynie. Morgagni cite l'observation d'une femme qui se plaignait « d'une oppression et d'une anxiété à la région « du cœur, au point qu'elle semblait être très-souvent sur le « point de mourir. » A l'ouverture du cadavre, il trouva les valvules aortiques endurcies ; l'une d'elles était même ossifiée. Le tronc de l'aorte présentait çà et là, à sa face interne, quelque chose d'osseux, et cette ossification s'étendait jusqu'à l'aorte ventrale.

Morgagni dit ensuite que cet état de l'aorte *a bien certainement contribué aux accidents éprouvés par cette femme,* mais qu'il a constaté la même lésion sur des sujets qui n'avaient éprouvé rien de semblable. « Pour qu'il en soit ainsi, ajoute-t-il, à la lé- « sion de l'aorte, il faut, sans aucun doute, en ajouter d'autres. « Je parle d'un vice dans les organes, d'un état particulier du « sang, et d'autres choses de cette espèce, pour ne pas paraître « mettre toujours en avant la sensibilité trop exquise des nerfs « et des convulsions.

Il faut bien cependant que nous invoquions *la sensibilité des nerfs, un vice dans les organes, et autres choses de cette espèce*, lorsque l'anatomie pathologique vient à nous manquer, ou ne nous fournit que des données illusoires.

Le même auteur parle d'un malade qui fut pris « d'une dou- « leur violente *au sternum et aux bras*, non sans un trouble de « la tête. » Cette crise se calma, mais elle revint après le repas du soir, et fit succomber le malade. A l'autopsie, on trouva le péricarde distendu par du sang noir. Ce liquide était sorti du ventricule gauche par une scissure longue d'un demi-pouce; autour de cette scissure, on voyait les fibres du cœur rongées par une érosion qui n'était pas récente.

Sur un homme qui avait eu d'abord de très-fortes palpitations, et qui fut ensuite tourmenté par diverses maladies, Planci trouva non-seulement l'aorte, mais encore les deux coronaires ossifiées ; ce qui détruit l'opinion de ceux qui affirment que l'anxialgie produite par la lésion des coronaires ne s'accompagne pas de palpitations.

L'observation suivante, que j'emprunte encore à Morgagni, prouve d'une manière plus évidente encore que l'anxiodynie symptomatique ne se borne pas à une ossification des coronaires. « Une mère de famille, âgée de quarante-deux ans, avait été « pendant longtemps valétudinaire et sujette à un paroxysme « qui se passait de la manière suivante. Après des mouvements « violents du corps, elle était prise d'une angoisse incommode

« dans l'intérieur de la partie supérieure gauche de la poitrine, « avec de la difficulté de respirer et un engourdissement du bras « gauche. Tous ces symptômes éprouvaient facilement une ré- « mission, du moment que ces mouvements cessaient. . . . Elle « mourut subitement au milieu d'un accès. » Ce sont bien là, si je ne me trompe, les principaux caractères de l'angine de poitrine, telle que la comprennent et la décrivent la plupart des observateurs.

Voici les résultats de l'autopsie ; je laisse parler Morgagni lui-même : « Comme je soupçonnais un anévrysme à l'arc de l'aorte, « à cause de ce qui a été raconté un peu plus haut, je commen- « çai la dissection par la poitrine. Dans les deux côtés de cette « cavité était épanchée une égale quantité de sérosité assez « abondante. . . . Les poumons étaient sains, si ce n'est qu'a- « près avoir été coupés ils regorgaient d'une trop grande quan- « tité de sérosité écumeuse. Le cœur était plutôt grand que « petit, extrêmement dur et vigoureux. L'aorte était très-dila- « tée à sa courbure : ailleurs elle se présentait à l'état normal ; « mais intérieurement, partout où on la coupait, elle était iné- « gale çà et là, non sans de petites écailles entièrement ossifiées, « ni, à plus forte raison, sans de fréquents indices d'un com- « mencement d'ossification. En voyant cela, j'ouvris tout le tronc « et les plus grosses branches, et dans le premier, depuis son « origine même, située derrière les valvules semi-lunaires, qui « étaient dures çà et là avec les principes d'un os qui devait se « former jusqu'aux artères iliaques, je remarquai les lésions qui « ont été décrites. . . . Portant de là mes regards vers le cœur « et vers les autres vaisseaux qui y sont attachés, je ne vis nulle « part aucune lésion, si ce n'est que le tronc de la veine pulmo- « naire parut un peu plus gros que dans l'état naturel. »

Ici l'angine de poitrine fut évidemment produite par un anévrysme de l'aorte.

Sénac, Baglivi, Sauvages, et plusieurs autres nosographes, tant anciens que modernes, ont observé des lésions de ce genre à la suite d'accidents qu'on peut rationnellement attribuer à l'angine de poitrine symptomatique ou compliquée.

Le docteur Bellingham, dans un travail fort remarquable sur les palpitations et leur diagnostic différentiel, s'exprime en ces termes : « . . . . Les palpitations dues à une lésion de texture sont « ordinairement moins pénibles et moins douloureuses pour le « malade que les palpitations de cœur inorganiques. Cependant « elles sont parfois accompagnées de douleurs qui s'étendent

« vers le membre supérieur gauche et qui constituent ce qu'on « appelle l'*angine de poitrine.* »

Ainsi cet observateur a reconnu, comme nous et beaucoup d'autres, que toute lésion matérielle de l'organe central de la circulation pouvait doner lieu à l'anxiodynie.

Si donc l'anxiodynie symptomatique ne se borne pas à l'ossification des coronaires ; s'il est bien prouvé qu'elle peut dépendre de toute autre lésion du cœur ou d'un anévrysme de l'aorte , elle peut aussi se compliquer de tous les symptômes propres à ces diverses lésions en particulier. Cette assertion paraît logique. Il n'est donc pas rationnel de l'étudier isolément, comme on l'a fait jusqu'ici, et de s'obstiner à n'en reconnaître l'existence que lorsqu'elle détermine l'angoisse et la douleur.

Ainsi, lorsqu'elle se complique d'anévrysme de l'aorte ou du cœur, d'ossification des valvules, de lésions de la membrane interne des artères de la poitrine, le malade éprouve nécessairement une gêne plus ou moins prononcée dans la respiration, un malaise habituel vers la région précordiale, de la dyspnée au moindre mouvement, l'infiltration des membres, quelquefois de la toux, une hémoptysie, etc. ; et toujours ces accidents habituels alternent avec des crises anxialgiques qui leur donnent une nouvelle intensité. Si alors on applique le cylindre sur la poitrine, ou bien on entend un son clair et bruyant, ou un bruissement particulier, ou le frémissement cataire et le bruit de soufflet, etc.

Quelquefois il arrive qu'un malade, après avoir ressenti une oppression habituelle ou une sorte de resserrement vers la région du cœur, est pris tout à coup de crises nerveuses qu'on peut parfaitement rapporter à l'anxiodynie. Le plus souvent on les attribue à l'asthme. Mais si la douleur et l'angoisse prédominent, il n'est pas permis de commettre cette erreur de diagnostic. Toutefois l'angoisse ne peut être constante; elle doit être subordonnée à l'intensité de la douleur. Quant à celle-ci, pourrait-elle manquer? Non, sans doute, elle est le caractère pathognomonique de l'anxialgie, et nous verrons bientôt que, seule, elle suffit pour nous éclairer sur la nature de cette affection et nous empêcher de la confondre avec d'autres affections nerveuses de la poitrine.

Les maladies organiques du cœur peuvent débuter par des symptômes de ce genre ; mais bientôt le trouble de l'innervation fait place à des désordres plus graves. La douleur n'est plus intermittente , elle est continue ; elle n'est plus aussi intense , elle est lente et profonde, et ne se déplace plus. La maladie locale a réveillé des sympathies éloignées, elle a troublé l'harmonie des

fonctions et rompu l'équilibre. Ainsi l'anxiodynie s'est transformée, elle a perdu son caractère primitif.

Nous avons dit que, de toutes les variétés de cette affection, celle qui provenait d'une lésion du cœur était bien certainement la plus commune. L'explication de ce fait est facile à trouver : la vieillesse prédispose à l'ossification des valvules et des artères ; il est bien peu de personnes avancées en âge qui ne subissent plus ou moins directement les conséquences de cet état anormal. Eh bien ! chez ceux dont le système artériel est très-développé, dont le cœur est volumineux, dont le système nerveux est irritable, cette transformation morbide déterminera plus facilement que chez tous les autres les accidents de l'angine de poitrine. Ces conditions sont peut-être même indispensables au développement de la maladie ; car, depuis les travaux de Kreysig, on a constaté l'ossification des coronaires chez des sujets qui n'avaient pas éprouvé la moindre atteinte de cette affection ; ce qui ne veut pas dire toutefois que l'ossification des coronaires ne puisse jamais la déterminer.

C'est surtout vers l'âge de quarante à soixante ans que le système artériel et le cœur prennent ce développement quelquefois si funeste. A cet âge aussi, d'après la remarque de tous les observateurs, l'anxialgie est plus fréquente. Notre assertion se trouve justifiée : après l'âge de soixante ans, la sensibilité s'émousse, le système nerveux s'affaiblit, il perd sa prédominance ; ce n'est plus l'angine de poitrine que l'on observe, ce sont des désorganisations profondes, des désorganisations à type continu du cœur et des artères.

On peut donc regarder comme causes déterminantes d'anxiodynie symptomatique les désordres de l'appareil circulatoire et les obstacles au cours du sang.

Les deux observations suivantes confirment les idées émises dans le cours de ce chapitre.

Obs. I. — M. G...., d'un tempérament nerveux-sanguin, d'une constitution sèche, était fort impressionnable et d'une excessive irritabilité. Dans sa jeunesse, il avait été violent, impétueux et très-adonné aux plaisirs. Dès l'âge de trente ans, il éprouvait parfois de la gêne dans la respiration et un malaise vers la région du cœur. Après une fatigue, un excès quelconque, ces phénomènes devenaient beaucoup plus intenses. Cependant ils disparurent, et, pendant une dixaine d'années, M. G...., ayant suivi une hygiène mieux entendue, obtint une rémission presque complète.

Mais, vers l'âge de quarante-deux ans, à la suite d'un violent

accès de colère, il fut saisi d'accidents qu'on ne pouvait attribuer qu'à l'angine de poitrine. Une douleur déchirante se manifestait vers la région du cœur et l'épigastre; elle entravait la respiration et jetait le malade dans une vive anxiété. Il faisait de grands efforts pour prononcer quelques paroles entrecoupées, et son visage exprimait la frayeur et le désespoir. Une pâleur livide, une sueur visqueuse, un tremblement convulsif des membres ajoutaient encore à la gravité de ces symptômes formidables. Le paroxysme durait huit à dix minutes; alors le malade, épuisé par la douleur, tombait dans une prostration suivie d'un calme apparent. La scène se terminait par des palpitations assez fortes, pendant lesquelles on entendait fort distinctement le bruit de râpe. Pendant quelques mois, ces crises revinrent assez souvent; la moindre émotion en provoquait le retour.

Sous l'influence d'une médication active, elles diminuèrent de fréquence et d'intensité; dans l'espace d'un an, le malade n'en éprouva que deux, et la dernière fut même très-légère. Mais je remarquais en même temps avec peine que les battements de cœur devenaient habituels, que le malade était presque constamment essoufflé, que son facies acquérait cette teinte livide et bleuâtre propre aux anévrysmatiques. Bientôt l'expuition d'un sang noir et épais, l'orthopnée, l'infiltration des membres, la petitesse et l'irrégularité du pouls, ne laissèrent plus de doute sur la nature de cette terrible complication M. G.... succomba après six mois de souffrances, pendant lesquelles il ne survint point de crise anxialgique; seulement, il éprouvait de temps en temps vers le cœur une douleur sujette à des exacerbations.

Autopsie. Le cœur est plus volumineux que de coutume; ses parois sont hypertrophiées; le ventricule droit et l'oreillette du même côté présentent une dilatation considérable; le ventricule gauche, au contraire, paraît moins développé qu'à l'état normal, en sorte que le premier semble s'être développé aux dépens du second. Les valvules sigmoïdes sont épaissies; l'une d'elles a déjà éprouvé un commencement d'ossification. Des deux côtés, les parois internes présentent des érosions, des rugosités; le tissu du cœur est plus mou que de coutume, il est même friable, et, vers la base du ventricule droit, on aperçoit une fissure profonde qui chemine en se rétrécissant et s'ouvre dans le péricarde. Celui-ci est le siége d'un épanchement abondant; le sang est noir et coagulé en grumeaux; l'artère pulmonaire est extrêmement dilatée; elle est distendue par un sang épais : sa face interne, examinée avec soin, présente des ulcérations disséminées; elle est ramollie, et l'ongle l'enlève avec facilité. L'aorte semble

rétrécie à sa courbure; sa face interne est parsemée de petits tubercules rugueux qui constituent autant de points d'ossification. *Les artères coronaires ne sont point ossifiées;* les plexus nerveux paraissent exempts de lésion; le poumon gauche est sensiblement diminué de volume; il est gorgé de sang; on remarque quelques tubercules. Le tissu du foie est d'un rouge-brun; il se déchire facilement, et chaque incision provoque la sortie d'une assez grande quantité de sang.

Obs. II. — Mme V... avait joui de la plus parfaite santé jusqu'à l'âge de quarante-cinq ans; à cette époque, elle perdit sa fille qu'elle aimait jusqu'à l'idolâtrie. Bientôt après, sa santé subit une atteinte profonde. Elle fut saisie d'une fièvre aigüe, compliquée de méningite et de délire, qui la plongea dans le plus grand danger. Cependant, à l'aide de la médication la plus énergique, elle revint de cet état; mais ce ne fut que pour tomber dans un abattement, dans un désespoir qui ne lui laissaient plus de repos et rendaient son rétablissement impossible.

Elle languit ainsi pendant quelque temps, en proie à des accidents nerveux qui passèrent presque inaperçus : elle éprouvait des palpitations qu'on attribuait à ses peines morales, et contre lesquelles on ne dirigea aucun traitement; mais, un jour, elle fut saisie d'un spasme si douloureux de l'épigastre et du cœur (*sténocardie*), qu'elle sentit faiblir son courage et ne put surmonter ses souffrances. Habituée à souffrir, en effet, elle endurait ordinairement ses maux avec une sorte de résignation et refusait les secours de l'art.

Cette fois, elle me fit appeler, et je la vis dans le fort du paroxysme. La douleur remontait vers les épaules et produisait un engourdissement profond des deux bras; la température de ces membres était notablement abaissée. La malade était haletante et ne respirait que par secousses; l'inspiration augmentait la douleur; la poitrine était couverte d'une sueur froide; le cœur présentait des battements tumultueux et très-précipités; les carotides battaient avec vitesse, et leurs pulsations étaient visibles à l'œil; le cou était gonflé, la tête fortement penchée en arrière. Face pâle et décomposée; yeux larmoyants, hagards; tremblement des extrémités inférieures; pouls petit et accéléré; découragement; pressentiment d'une fin prochaine.

Cette crise dura un quart d'heure, et se termina par une sorte de fièvre nerveuse, entremêlée de délire, qui me fit craindre le retour de la première affection; cependant les symptômes diminuèrent d'intensité, et, deux ou trois jours après, ils avaient dis-

paru. La malade avait conservé un sentiment de gêne à la région du cœur; la respiration n'était pas libre.

Quelques jours après, on m'apprit qu'elle avait éprouvé une autre crise à peu près aussi violente que la première, et, dans l'espace de six mois, elle en eut encore plusieurs atteintes; mais peu à peu cette affection prit une marche décroissante, ou plutôt elle revêtit un autre caractère. Ce n'étaient plus des douleurs déchirantes : c'était une oppression continuelle, des palpitations, une gêne dans la respiration, enfin tous les signes d'un désordre grave dans le système circulatoire. Des battements tumultueux sous le sternum et à l'épigastre, joints à un développement anormal du cœur, qu'il était facile de circonscrire avec le plessimètre, annoncèrent la dilatation anévrysmale de la crosse de l'aorte et du ventricule gauche. Le bruit de râpe et le frémissement cataire qu'on distinguait avec facilité confirmaient ce diagnostic. Bientôt après, la dyspnée devint extrême, l'infiltration gagna les membres, des sueurs colliquatives hâtèrent la diminution des forces, et la malade succomba dans un accès de suffocation et de souffrance.

Autopsie. La crosse de l'aorte est considérablement dilatée; sa membrane interne est ulcérée en plusieurs endroits et présente des indurations; les valvules sont ossifiées, l'une d'elles est presque détruite; le ventricule gauche offre une dilatation avec épaississement des parois. La membrane interne du cœur se déchire avec facilité, elle est comme corrodée et blanchâtre en plusieurs points; l'oreillette gauche participe à la dilatation, ainsi que les veines pulmonaires. L'artère pulmonaire contient un sang noir; sa tunique paraît enflammée, elle est recouverte de plaques rougeâtres. Le ventricule droit est parsemé çà et là de points blanchâtres qui forment des noyaux d'induration, il est moins dilaté que le ventricule gauche; *les artères cardiaques sont ossifiées.* Il y a des tubercules dans les poumons.

Voilà deux observations dans lesquelles l'anxiodynie a été provoquée par des lésions graves des organes de la circulation; mais à mesure que la désorganisation a fait des progrès, la maladie a changé de forme. Qu'est-ce que cela prouve? Que cette affection doit nécessairement, lorsqu'elle dépend d'une cause matérielle, être subordonnée à toutes les modifications qu'imprime à nos tissus le travail désorganisateur, et qu'elle ne peut se traduire par des symptômes invariables. Les caractères doivent en être complexes comme la nature.

Les faits cités par l'illustre Morgagni, par Fothergill, Hunter, Black, MM. Gintrac, Lartigue, etc., prouvent encore, contre

l'opinion de Jenner, de Parry, de Kreysig et de Dance, que l'anxiodynie symptomatique peut être due à d'autres lésions qu'à celle des artères coronaires. Abercrombie et M. Desportes ont même rencontré l'ossification de ces artères chez un assez grand nombre de sujets qui n'avaient pas éprouvé le plus léger symptôme d'angine de poitrine. Ainsi, nous pensons avec MM. Bouillaud, Bertin, Rostan, Testa, Hodgson, que toute lésion du cœur, mais principalement des gros vaisseaux, peut donner lieu à cette affection. Cela provient-il du travail morbide qui se développe dans l'organe, ou plutôt de la gêne qu'imprime au cours du sang cette modification de l'organe? Existe-t-il quelque altération du sang lui-même qui réagisse sur l'influx nerveux et en provoque les sympathies? Nous aurons bientôt l'occasion de revenir sur ces points importants.

C'est à cette forme d'anxiodynie symptomatique qu'il conviendrait de réserver le nom de *cardialgie*, proposé par M. Roche; mais comme cette dernière expression a déjà été employée dans un autre sens, et qu'aux yeux de presque tous les praticiens elle sert à désigner la douleur gastralgique de l'estomac, il serait difficile aujourd'hui de lui donner une autre acception, et nous proposons de la remplacer par le nom de *kérodynie* (*ker*, cœur; *oduné*, douleur).

---

3. *De l'asthme thymique dans ses rapports avec les convulsions*; par M. Trousseau, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris.

(Journal de Médecine de M. Trousseau, août 1845.)

Depuis quelques années, une maladie nouvelle a été observée en Allemagne : on lui a imposé le nom d'*asthme thymique*. Peu de temps auparavant, en Angleterre, M. Hood, de Kilmarnock, avait publié un travail pour démontrer que la mort subite pouvait être quelquefois le résultat d'un engorgement du thymus.

Cette opinion a trouvé, en Allemagne, un certain nombre de partisans; et pourtant, malgré le goût très-prononcé de nos voisins d'outre-Rhin pour les idées médicales qui se recommandent par quelque chose de nouveau, l'asthme thymique a perdu peu à peu de son crédit, et aujourd'hui on en entend un peu moins parler.

En France, l'*asthme thymique* n'a pu trouver droit de cité, et il en devait être ainsi. Nous sommes ici, en fait de médecine, dans une voie tout opposée à celle où les Allemands aiment à s'égarer; nous sommes amoureux d'un certain rigorisme d'ob-

servation quelquefois étroit, mais qui, en définitive, nous laisse peut-être commettre moins d'erreurs que nos voisins, quoiqu'il habitue notre esprit à ne rien créer, à ne rien devancer, et à tourner dans un cercle toujours trop borné.

Iliacos intrà muros peccatur et extrà.

Quoique je n'aie pas d'antipathie contre la médecine allemande, je suis forcé de reconnaître que, pour l'asthme thymique en particulier, nous avons eu raison de résister à l'invasion des idées germaniques ; mais nous avons résisté en contestant la réalité des faits, en accusant la méthode clinique de ceux qui les avaient recueillis, tandis qu'il fallait admettre provisoirement, et à titre de simples faits, ce que des médecins honnêtes et graves avaient observé, puis chercher si l'erreur n'était pas seulement dans l'interprétation de ces faits.

C'est ce que je me suis efforcé de faire. J'ai d'abord cherché l'*asthme thymique* sans le trouver, puis je l'ai trouvé plus fréquent que je ne l'aurais supposé ; mais je l'ai envisagé sous un autre aspect, je lui ai imposé un autre nom, mieux en harmonie avec l'idée que je m'en formais : je l'ai appelé *convulsion partielle ;* et j'ai vu alors qu'il n'y avait plus de divergence entre mes observations et celles de Kopp; que nous cessions seulement d'être d'accord quand nous interprétions les phénomènes morbides.

Pour bien faire comprendre comment je suis arrivé au point où j'en suis aujourd'hui, il est nécessaire de montrer la voie fort indirecte que j'ai suivie, et de quelle manière l'analyse des phénomènes de l'éclampsie chez les enfants m'a soudainement éclairé sur la nature des maladies auxquelles on a imposé, tantôt le nom d'*asthme thymique*, tantôt celui de *laryngismus stridulus*, quelquefois même celui d'*asthme aigu de Millar*.

J'indiquerai donc sommairement ici les principales formes de l'éclampsie chez les enfants, telles que les ont observées les auteurs qui m'ont devancé, telles surtout que j'ai pu les étudier moi-même dans mon service d'hôpital, où elles sont très-fréquentes.

L'éclampsie se manifeste le plus ordinairement par la forme épileptique. L'enfant pousse un cri, se roidit et se tord, la poitrine immobile, la respiration suspendue ; le visage, d'abord pâle, devient rouge, violet; les veines du cou se dessinent en cordes noueuses. Alors commencent des secousses cloniques, générales, d'abord rapides et petites, puis plus lentes et plus étendues ; enfin, une profonde expiration, suivie d'une détente complète,

indique la fin de l'accès. Viennent alors la somnolence et la stupeur. L'attaque, toujours trop longue pour la mère épouvantée, a duré une, deux minutes.

Telle est la forme la plus ordinaire de l'éclampsie. Mais quelquefois un paroxysme est à peine fini qu'il est suivi d'un autre, auquel succède un troisième, un dixième , un vingtième ; de sorte que l'enfant ne cesse de s'agiter dans les contorsions de la convulsion que pour tomber dans une torpeur plus effrayante encore.

Ce sont là des paroxysmes successifs, ce que, chez les épileptiques, on appelle *état de mal.*

Beaucoup de médecins peu attentifs considèrent cet état comme une convulsion continue ; mais il suffit d'un peu de soin pour reconnaître une succession de paroxysmes dont la violence n'est pas ordinairement aussi grande que celle des grandes attaques.

Il existe pourtant une forme continue, et cette forme se rencontre assez souvent après un accès épileptiforme violent. Au moment où l'on s'attend à voir cesser les secousses, celles-ci se répètent de seconde en seconde, ou bien à des intervalles un peu plus éloignés, et cette scène dure un quart d'heure, une heure, et même des journées entières.

Dans ce cas, nous avons vraiment affaire à la même attaque qui se continue. Ce n'est pas que, de temps en temps, la convulsion ne semble se modérer pour reprendre avec une intensité nouvelle ; mais enfin il n'y a jamais cessation complète, ni cette stupeur profonde avec résolution générale qui suit un paroxysme ordinaire.

Cependant, dans cette forme d'éclampsie continue, il existe une chose capitale sur laquelle je veux tout de suite appeler l'attention. Tandis que, dans les deux premières formes, il y avait perte de connaissance, dans celle-ci, au contraire, l'enfant, tout en s'agitant dans les convulsions, semble n'avoir pas perdu tout à fait la conscience de lui-même, et il ne reste pas complètement étranger à ce qui se passe autour de lui. Il crie pour exprimer un besoin ou pour se plaindre d'une douleur ; il retire quelquefois avec assez de vivacité la main que l'on pince, le pied que l'on chatouille, et pourtant la convulsion continue dans le membre même où la volonté n'a pas encore cessé d'exercer son empire.

A vrai dire, cette convulsion qui frappe toutes les parties du corps n'est pas si *universelle* qu'elle semble l'être , puisqu'elle

laisse des muscles obéir à l'intelligence qui commande ; elle est donc *partielle*, rigoureusement parlant.

Nous allons voir maintenant la convulsion se localiser davantage.

Il arrive assez souvent que, après une grande attaque épileptiforme, la moitié du corps reste pendant plusieurs heures agitée de mouvements spasmodiques cloniques qui se répètent à des intervalles d'une à plusieurs secondes. Cependant l'intelligence de l'enfant est entière, les mouvements de l'autre côté ont une facilité et une harmonie qui contrastent singulièrement avec l'agitation du côté convulsé.

Je voyais naguères un jeune garçon de 11 mois, qui était sous l'empire d'une diathèse tuberculeuse : à la suite d'un accès violent d'éclampsie, il revint à lui ; mais, durant plusieurs heures, il avait le côté droit du visage et le bras droit agités de mouvements convulsifs violents. L'enfant reconnaissait sa mère et sa nourrice, buvait, quoique avec assez de difficulté, dirigeait un regard attentif et intelligent sur les objets qui l'entouraient, retournait vivement la tête pour regarder les personnes qui entraient dans l'appartement, et quelquefois même, importuné par les secousses du bras droit, il y portait la main gauche, et s'efforçait de lutter contre la violence des mouvements convulsifs.

Que de fois, enfin, les médecins qui s'occupent des maladies du jeune âge n'ont-ils pas vu la convulsion se borner soit au muscle orbiculaire des paupières, soit à quelques faisceaux musculaires du visage ?

Jusqu'ici l'éclampsie est facile à reconnaître, quelque élémentaire, quelque partielle qu'elle puisse être ; elle a une forme bien distincte, bien spéciale, et les médecins restent d'accord, sinon sur le fond de la maladie, du moins sur la dénomination à imposer au phénomène. Il s'agira toujours d'une *convulsion*.

C'est maintenant que vont s'établir les divergences. Les convulsions, encore partielles, vont être *internes*, et, suivant les muscles qu'elles vont frapper, elles produiront des accidents qui seront singulièrement interprétés.

On entend vulgairement, par convulsions internes, des convulsions partielles qui occupent plus particulièrement les muscles du globe de l'œil, le pharynx, le larynx, et tout l'appareil musculaire de la respiration.

Cette dénomination de *convulsion interne* n'a pas sans doute un sens bien précis et bien net ; mais enfin, telle qu'elle est, elle est suffisante, du moment qu'on s'est entendu sur le sens qu'il convient de lui donner.

La forme la plus ordinaire de la *convulsion interne* est caractérisée par un renversement avec mobilité du globe de l'œil, perte presque complète de connaissance, ou tout au moins stupeur assez profonde ; difficulté extrême ou impossibilité de la déglutition, respiration inégale, tantôt à peine perceptible, tantôt large, profonde et soufflante ; en un mot, par une atténuation de la plupart des phénomènes de l'épilepsie, et par l'absence des grandes convulsions des membres et du visage.

Quelquefois le diaphragme et les muscles respirateurs de l'abdomen et de la poitrine semblent seuls entrer en scène, et alors, pendant une, deux ou plusieurs minutes, on entend un bruissement laryngé singulier qui indique un obstacle à l'entrée et à la sortie de l'air.

Mais si les muscles propres du larynx sont convulsés en même temps que ceux dont nous venons de parler, comme les mouvements des uns ne coïncident pas avec les mouvements des autres, il en résulte des désordres du côté de la respiration, qui peuvent, dans quelques cas, inspirer des alarmes sérieuses, et qui, en somme, n'ont aucune gravité, tant qu'ils ne se prolongent pas outre mesure.

Il y a peu de temps, on amenait, dans mon service de l'hôpital Necker, un jeune enfant rachitique et sujet d'ailleurs à des convulsions épileptiformes qui, depuis plusieurs mois, se renouvelaient plusieurs fois par jour, à l'occasion du moindre accès de colère. Il avait en outre, de temps en temps, des accidents dont la mère ne nous rendait pas bien compte, et qui, suivant elle, avaient encore plus de gravité que les grandes convulsions. Nous fûmes témoins de plusieurs de ces attaques.

L'enfant tout à coup se renversait en arrière, le cou tendu, la bouche entr'ouverte, les yeux fixes, les bras et les jambes agités de saccades convulsives légères. Cependant des mouvements rapides d'inspiration faisaient dans la poitrine un vide que l'aplatissement des côtes comblait immédiatement ; car l'air ne semblait pas pénétrer dans le larynx, ou bien, s'il en pénétrait quelque peu, c'était avec un sifflement aigu, assez semblable à celui que l'on entend quelquefois pendant les plus violents paroxysmes d'orthopnée croupale. Tant que durait l'accès, le visage, le cou, la poitrine, la membrane muqueuse de la bouche, prenaient une teinte de plus en plus livide jusqu'au moment où, les spasmes cessant, une ou plusieurs inspirations profondes terminaient cette scène terrible. Alors survenait un accablement profond, identique à celui qui succède à une attaque d'éclampsie.

Je viens de décrire une attaque d'*asthme thymique*, telle que

Kopp l'a observée, telle que Hood et Ley ont décrit certaines formes de ce qu'ils ont appelé *laryngismus stridulus*.

Mais ceux qui ont suivi avec moi la dégradation des formes de l'éclampsie n'ont-ils pas reconnu une convulsion frappant d'une manière plus expresse sur l'appareil respirateur, et notamment sur le larynx ?

Qui ne voit qu'il suffit d'un défaut d'harmonie entre les mouvements spasmodiques du diaphragme et ceux des muscles qui meuvent les cartilages arythénoïdes, pour produire tous ces sifflements laryngés, toute cette orthopnée ? Dans l'acte régulier de l'inspiration, la partie supérieure du larynx s'entrouvre en même temps que le diaphragme, en s'abaissant, fait le vide dans la poitrine. Que si cet abaissement du diaphragme se fait trop rapidement, et si, en même temps, il y a spasme dans le larynx, comme cela se voit pour la coqueluche, l'inspiration est rendue presque impossible et s'accompagne d'un sifflement très-violent.

Mais, dans le cas qui nous occupe, il n'est pas besoin d'invoquer un défaut d'harmonie entre les mouvements du diaphragme et ceux des muscles du larynx ; il suffit de supposer que la volonté ou l'instinct ne président plus, pour un moment, aux mouvements des arythénoïdes ; les muscles qui meuvent les cartilages arythénoïdes, n'obéissant plus à aucune impulsion nerveuse, se trouvent, pour un moment, dans la condition de ceux des animaux auxquels on a coupé le nerf récurrent laryngé.

Ce qui se passe profondément dans le larynx peut quelquefois se passer sous les yeux de l'observateur. Pour juger de la réalité de la théorie que je m'étais faite du prétendu *asthme thymique*, il m'est arrivé de rester longtemps auprès d'un enfant atteint de convulsions du diaphragme, sans participation du larynx, et d'amener à volonté les accidents de l'*asthme thymique* en fermant pour un instant la bouche et le nez de l'enfant.

Mais si l'on fermait la bouche, et si l'on pinçait un peu les narines, de manière à les obturer pour une seconde seulement et à les laisser ensuite à demi fermées, au moment où une grande convulsion du diaphragme entraînait l'air plus rapidement à travers les fosses nasales, on voyait les ailes du nez, obéissant à la pression de l'air, s'appliquer sur la cloison, intercepter le passage de l'air, et une suffocation immédiate en était la conséquence. Cela tenait à ce que, pendant la convulsion, les ailes du nez ne s'entr'ouvaient pas au moment de l'inspiration forcée, comme cela a lieu dans l'état physiologique, et même dans l'état pathologique.

Ce que je viens de dire permet tout de suite de comprendre

comment l'*asthme thymique*, si fréquent pour certains observateurs, est, au contraire, une maladie inconnue du plus grand nombre : cela tient à ce que les uns attribuent à une ampliation du thymus, accompagnée d'accidents paroxystiques, ce que d'autres considèrent tout simplement comme une des formes de l'éclampsie ;

Comment l'*asthme thymique* est une maladie presque exclusive à la première enfance, époque de la vie où l'éclampsie est si commune ;

Comment l'*asthme thymique* s'observe surtout chez les enfants sujets à l'éclampsie ;

Comment l'*asthme thymique* est assez souvent une complication de la fièvre cérébrale ;

Comment l'*asthme thymique* peut tuer en quelques secondes, ainsi que nous le voyons pour l'éclampsie ;

Comment l'*asthme thymique* peut apparaître tout à coup, sans antécédents, chez un enfant dont jusqu'ici la respiration n'avait rien laissé à désirer.

Et maintenant est-il nécessaire de dire que le thymus, ainsi que les capsules surrénales, organes de transition, organes destinés à s'atrophier après l'éclosion de l'œuf humain, sont, moins que tous les autres organes du corps, dans les conditions de l'hypertrophie ? Dirai-je que, depuis six ans, placé à la tête d'un service important de très-jeunes enfants, je n'ai pas vu *une seule fois* un gonflement de thymus capable de produire le plus léger accident ?

Comment imaginer maintenant que le thymus puisse acquérir un volume tel qu'il oblitère en grande partie la trachée, sans qu'une dyspnée habituelle ait averti la famille et le médecin : et s'il n'y a jamais eu de dyspnée, comment comprendre que le gonflement d'un organe si peu vasculaire puisse en quelques instants devenir cause de la mort, ou tout au moins d'accidents horriblement graves ?

Si maintenant on suppose que la glande, en s'hypertrophiant ou en s'altérant, a pu embrasser et comprimer le nerf récurrent laryngé, comme cela s'est vu à la suite de l'engorgement tuberculeux des ganglions lymphatiques du col et de la racine des bronches, comment croire qu'il n'en sera résulté aucune modification dans la voix, dans la respiration, et que la maladie va se révéler par une attaque subite d'orthopnée ?

Je laisse à mes confrères le soin de juger entre moi et ceux dont j'attaque ici les opinions. J'en ai assez dit, je le crois du moins, pour bien poser les termes de la question.

Un peu plus tard, j'essayerai de montrer quelles relations existent entre les convulsions et ce que les Anglais ont appelé *laryngismus stridulus*, et ce que l'on a désigné sous le nom d'*asthme aigu de Millar*. Mais je dois dire, pour qu'on ne donne pas à ce que je dis ici une fausse interprétation, que les convulsions ne jouent pas dans l'histoire de ces maladies le rôle important et exclusif qu'elles avaient dans l'asthme thymique.

---

4. *Recherches anatomiques et pathologiques sur les amas de charbon produits pendant la vie dans les organes respiratoires de l'homme;* par NATALIS GUILLOT, médecin de l'hospice de la Vieillesse (femmes), agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

(Suite : *voir* t. 151, mars 1845, p. 14.)

(Archives générales de Médecine, février 1845.)

Les détails suivants sont relatifs aux modifications subies par les tubercules lorsque les molécules de charbon sont déposées autour de ces productions anormales. Il ne sera pas difficile d'en vérifier l'existence ; ces faits ne sont pas rares dans la vieillesse.

Le nombre des hommes tuberculeux qui parviennent à une vieillesse avancée est beaucoup plus considérable qu'on ne le pense communément. Je n'exagère en aucune manière en assurant que les quatre cinquièmes au moins des vieillards dont j'examine les organes après la mort offrent des traces évidentes et non contestables de l'affection tuberculeuse, non pas d'une affection récente, mais d'une maladie ancienne que l'interrogation antécédente a pu quelquefois faire remonter aux temps de la jeunesse. Je pense donc que dans les hôpitaux destinés aux vieillards on aura plus d'une fois l'occasion de contrôler les faits que j'annonce.

Les études que jusqu'ici j'ai eu l'occasion d'entreprendre à l'occasion des rapports des molécules charbonneuses avec la phthisie pulmonaire ont été conduites dans deux directions :

D'une part, et d'abord, j'ai été préoccupé des lésions anatomiques : l'étude du cadavre m'a donné les premières lumières ; de l'autre, j'ai cherché à apprécier pendant la vie si certains phénomènes pouvaient révéler les modifications croissantes autour des parties affectées de tubercules.

C'est après avoir étudié un assez grand nombre de cadavres que je fus frappé des rapports fréquents des molécules de charbon avec la matière tuberculeuse. Autour des tubercules modi-

fiés de plusieurs façons, je trouvais constamment, chez certains individus, une grande quantité de matière noire ; chez d'autres, autour du périmètre de cavernes dont l'intérieur ne suppurait plus, je rencontrais des accumulations épaisses de ces mêmes molécules de charbon.

Ce furent là mes premières remarques : plus tard, je cherchai à reconnaître quelles avaient été autrefois les conditions d'existence de certains vieillards. Je pus alors m'éclairer sur les signes de ces modifications à l'occasion desquelles l'anatomie me fournit les premiers indices.

Les médecins qui ont examiné des vieillards tuberculeux ont déjà remarqué que chez eux les tubercules sont environnés d'une quantité notable de matière noire. Il y a près de vingt ans que de pareilles remarques m'avaient déjà frappé à l'hospice de la Vieillesse (femmes), et depuis cette époque j'ai eu souvent l'occasion d'en constater l'exactitude. Mais c'est véritablement à l'hospice de la Vieillesse (hommes) que j'ai pu acquérir la certitude que ce dépôt noirâtre était lié à des modifications très-remarquables dans la matière tuberculeuse : ces changements dans la qualité de cette matière sont tels, que si la maladie tuberculeuse n'est pas guérie, les progrès en ont été au moins assez ralentis pour que les individus aient pu avoir vécu pendant un temps souvent fort long.

Il est d'abord bien nécessaire de s'entendre sur la signification de ces expressions : *guérison de la phthisie*, *guérison de tubercules*, *guérison de cavernes*. On a raison d'adopter ces expressions, si l'on veut dire que les tubercules, que les cavernes qui succèdent à ces productions se sont modifiés, et qu'au lieu où existaient ces cavernes il ne se rencontre plus que des cavités fort étroites, seulement pleines de mucosités. Ces expressions peuvent être également adoptée, si elle signifie seulement que les cavités, dont les parois ont pu être rapprochées, sont remplacées par des cicatrices de forme et d'étendue variables. Ces faits, parfaitement bien appréciables, peuvent être regardés comme les traces d'une maladie dont les phases les plus dangereuses se sont accomplies à une certaine époque de l'existence. A ce moment, une nouvelle série de faits a pu se produire, entraînant avec elle la dégradation des premières lésions anatomiques, faisant alors disparaître de plus en plus l'influence fâcheuse produite sur l'économie tout entière.

Si l'on veut, au contraire, faire comprendre par les expressions précédentes qu'aussitôt que d'heureuses modifications se sont opérées dans de la matière tuberculeuse ou dans des

cavernes, les tissus pulmonaires profondément désorganisés reviennent à leurs conditions normales, il me semble évident alors que c'est à tort que l'on prononce le mot *guérison*. On va beaucoup trop loin en énonçant un résultat de cette nature.

J'ai démontré par des travaux antérieurs que les tissus pulmonaires perdent toujours leurs qualités dès que des amas de tubercules ont acquis un certain volume. Les canaux aériens et sanguins sont oblitérés, la densité du tissu est notablement changée, une circulation nouvelle se développe et s'accroît au milieu de ces parties totalement différentes des parties saines. Ces faits persistent jusqu'à la mort des individus malades, et les observations anatomiques le prouvent.

Si la guérison de la phthisie était telle que certains observateurs paraissent le croire, il ne suffirait pas que le tubercule eût changé de nature, qu'il eût été expulsé, ou que la cavité par laquelle il est remplacé eût disparu en vertu d'un procédé quelconque dû aux seules ressources de l'organisation ; il serait encore absolument nécessaire que les tissus voisins, placés autour de chaque masse tuberculeuse ou de chaque caverne, eussent perdu en totalité les caractères anatomiques apparents aussitôt que le tubercule a été produit.

Il faudrait que la densité de ces tissus malades, supérieure du centuple à la densité de l'état normal, fût reconnue semblable à celle des parties saines du poumon.

Il faudrait que les canaux aériens, inapercevables dans ces tissus, pussent de nouveau reparaître dès que les tubercules ou les cavernes n'existent plus. Il serait nécessaire de voir la circulation normale, opérée par les divisions des artères pulmonaires, s'effectuer de nouveau autour des parties des organes où les tubercules et les cavernes ont acquis leur développement. Il serait indispensable, en un mot, pour qu'une guérison parfaite pût être constatée, que les poumons eussent repris de nouveau dans les endroits malades les qualités physiques propres aux organes de l'homme sain.

De telles choses ne paraissent point devoir se produire. Ainsi donc, si j'expose ici des faits capables d'éclairer certains points de l'histoire des tubercules, je ne veux pas en tirer des conclusions exagérées. Ces faits prouvent évidemment, si je ne me trompe, qu'à certaines époques de la vie, la nature des tubercules est modifiée, que les progrès de la phthisie s'arrêtent, que l'homme, en vertu de ces circonstances heureuses, peut continuer à vivre jusqu'à un âge avancé ; mais ils ne sauraient conduire à croire que la maladie tuberculeuse étant arrêtée, les organes de la respi-

ration reprennent leurs qualités premières. Rien ne prouve, par conséquent, que la guérison soit absolue ; tout démontre, au contraire, que si la matière charbonneuse peut, en pénétrant le périmètre des tubercules, obstruer les vaisseaux de nouvelle formation, déterminer un changement dans la matière tuberculeuse ou dans les cavernes, elle doit nécessairement augmenter encore la densité des tissus voisins des tubercules, et par conséquent enlever de plus en plus aux tissus les caractères propres aux parties saines des organes pulmonaires.

Si donc, dans le cours de ce travail, je répétais, comme l'ont dit déjà beaucoup d'observateurs, que la phthisie se guérit, ce ne serait qu'après avoir cherché à faire comprendre ce que j'entends par cette guérison. Les observations faites à l'hospice de la Vieillesse (hommes) m'ont fait voir des individus ayant eu autrefois des tubercules et présentant des traces anatomiques non douteuses de la phthisie ; mais jamais ces vieillards ne m'ont offert dans le voisinage de ces traces, soit auprès d'elles, soit autour d'elles, les caractères anatomiques des tissus normaux. Jamais je n'ai été, même une seule fois, autorisé à croire que les poumons de l'homme tuberculeux puissent reprendre leurs qualités normales lorsque les phénomènes locaux ou généraux de la phthisie avaient pu disparaître en partie pendant la durée de l'existence.

Examinée sur les cadavres des tuberculeux, la matière charbonneuse se rencontre dans les conditions d'existence suivantes :

D'une part, elle est répandue dans l'épaisseur même des tissus pulmonaires, et les particularités qu'elle offre à considérer ne diffèrent point de celles sur lesquelles j'ai cherché précédemment à attirer l'attention. D'autre part, elle est accumulée en masses plus ou moins volumineuses, plus ou moins multipliées dans le centre ou près de la superficie des organes de la respiration. C'est dans le centre de ces masses, de volume et de forme très-inégales, qu'il est convenable de chercher les traces plus ou moins apparentes de la maladie tuberculeuse.

Il est remarquable que les régions supérieures de chaque poumon soient précisément le lieu où commencent d'abord à être déposées ces molécules de charbon. Il est également curieux de se rappeler que c'est précisément à cet endroit des organes respiratoires que, de l'avis général, commencent à apparaître les premières traces de l'affection tuberculeuse. C'est aussi dans ces lobes supérieurs que la marche de la phthisie pulmonaire est généralement plus active et plus avancée. C'est là que les tubercules se ramollissent d'abord ; c'est là que les cavernes se creusent

et s'étendent, que des adhérences s'établissent et unissent ensemble les deux plèvres; c'est dans le voisinage de ces régions supérieures de la poitrine que naissent d'abord et s'accroissent plus vite que partout ailleurs les vaisseaux anormaux à l'aide desquels est opérée la circulation propre aux hommes tuberculeux.

Tous ces phénomènes anatomiques peuvent être successivement modifiés par le dépôt continuel des molécules de charbon autour des parties malades, quel que puisse être le degré des altérations.

Dans certains poumons, on peut suivre, pour ainsi dire pas à pas, l'influence de cette production de matière charbonneuse; dans d'autres, on constate seulement des désordres tels, que l'on est conduit à penser que la phthisie a marché jusqu'à ses dernières limites, et que l'affection n'a commencé à se modifier qu'après avoir parcouru toutes ses périodes, après être arrivée près de son terme, caractérisé sur le cadavre par la présence de cavernes d'un vaste diamètre.

Des granulations miliaires demi-transparentes, semblables aux granulations miliaires des adultes phthisiques, peuvent être accumulées même en quantité considérable dans les poumons des vieillards. Il est possible que ces granulations soient accompagnées de tubercules ou de cavernes; ces faits sont observables à la fois. Mais il n'est pas rare non plus de rencontrer des poumons de vieillards nonagénaires parsemés uniquement de ces granulations, sans qu'elles soient mêlées à des tubercules plus volumineux ou à des cavités anormales. Ce sont exactement les premières traces de la phthisie dont on constate alors la présence; traces absolument semblables, lorsqu'on les considère abstraction faite des tissus voisins, aux apparences anatomiques, indices premiers de l'affection tuberculeuse chez l'adulte.

Il n'existe d'autres différences entre ces granulations miliaires observées dans l'extrême vieillesse et les granulations demi-transparentes de l'homme adulte, que celles qui résultent des changements subis par les tissus pénétrés de matière charbonneuse, au sein desquels ont été produites toutes ces granulations.

Chez l'adulte, on peut constater que ces granulations sont déposées au centre de tissus perméables encore pendant longtemps au sang et à l'air. Chez le vieillard, et principalement chez les hommes plus âgés, ces granulations miliaires sont englobées dans des tissus pulmonaires denses, imperméables à l'air et au sang, tantôt criant sous le scalpel, tantôt ramollis. Cet

état de ramollissement permet alors d'isoler avec facilité chaque granulation ou des groupes entiers de granulations, et de séparer ces produits anormaux de l'accumulation de matière charbonneuse dont ils sont complètement entourés.

Peut-être serait-on tenté d'admettre que ces granulations miliaires, si semblables aux mêmes produits anormaux observés chez l'adulte, peuvent naître dans les périodes avancées de la vie humaine, au milieu même des lobes des poumons déjà pénétrés en totalité par les molécules de charbon. Certes, rien ne prouve absolument qu'il n'en puisse être ainsi quelquefois; mais cependant comment supposer que ces granulations puissent apparaître au milieu d'une matière au sein de laquelle on rencontre constamment les tubercules modifiés? Si pourtant quelques personnes sont tentées de croire que les granulations miliaires peuvent naître, chez des hommes septuagénaires, dans l'épaisseur de certains poumons entièrement pénétrés par les molécules noires du charbon, elles devront néanmoins reconnaître qu'il est remarquable que ces granulations miliaires, dont l'abondance est souvent excessive, ne s'accroissent point comme dans l'âge adulte. Ces granulations ne subissent pas, chez les vieillards, la série des phénomènes si apparents dans la jeunesse ou l'âge mur. Au milieu d'elles, on ne trouve pas des masses tuberculeuses à des degrés divers de volume et de ramollissement; on ne voit point des cavernes en suppuration, etc. Que si des amas tuberculeux ou des cavités anormales se rencontrent dans ces organes parsemés de granulations demi-transparentes, les uns, les tubercules, sont devenus friables, calcaires, plâtreux, semblables à des pierres; les autres, les cavernes, sont vides de pus, élastiques, fibreuses à l'intérieur, et remplies seulement de mucus albumineux. Toutes ces circonstances ne sont-elles pas de nature à faire penser que les granulations miliaires, évidentes dans certaines organisations chez les vieillards, cessent de se développer dans les tissus au milieu desquels s'est déposée la matière charbonneuse, soit que ces granulations aient été formées avant le dépôt de charbon, soit que leur naissance ait été postérieure à ce dépôt.

Cette manière de voir acquiert un degré de certitude fort grand, lorsque l'observateur fixe son attention sur les masses tuberculeuses dont le développement est plus avancé. Ces masses tuberculeuses peuvent offrir, chez le vieillard, les différences variables de volume appréciées jusqu'ici dans l'homme adulte ou dans l'enfant; elles peuvent être très-petites, de la grosseur d'un grain de chènevis; elles peuvent se présenter avec le diamètre

d'un pois, d'une noisette ou d'une noix ; on peut les voir isolées les unes des autres, soit fort rapprochées, soit, dans quelques circonstances, agglomérées les unes près des autres. S'il est plus commun de les rencontrer dans les régions supérieures de chacun des deux organes pulmonaires, on peut aussi, quoique moins communément, voir ces masses dans l'épaisseur du lobe moyen droit ou du lobe inférieur gauche. Mais lorsqu'il existe des tubercules ainsi placés dans des niveaux plus bas que le sommet des poumons, il en existe toujours d'autres plus volumineux, en quantité plus considérable, dans les régions supérieures. Dans ces cas également, chacun des lobes supérieurs peut renfermer des cavités anormales ou des altérations anatomiques, indices probables de l'existence passée de ces cavités.

Les faits généraux caractérisant les diverses phases subies par la matière tuberculeuse, lorsqu'elle a acquis les volumes que je viens d'indiquer, ont été appréciés chez les adultes. On sait que le tubercule se ramollit à son centre, puis ensuite, que s'il est voisin d'un conduit aérien, la matière hétérogène disparaît, rejetée probablement avec les produits de la sécrétion bronchique, laissant à sa place une cavité désignée sous le nom de caverne ou d'ulcération.

Les tubercules observés dans l'âge avancé de la vie humaine ne paraissent pas subir régulièrement ces phases si bien caractérisées dans l'âge adulte. Si on les considère en général, on trouve que leur substance offre les caractères analogues suivants : premièrement, ces tubercules peuvent n'avoir pas acquis une densité très-grande ; ils ont alors une grande ressemblance avec du carton mouillé, avec du plâtre non solidifié ou du mortier de chaux, avec du mastic. Ces états sont fort variables, et souvent confondus par des nuances insensibles les uns avec les autres. Un seul organe malade peut fournir l'occasion d'apprécier toutes ces nuances dans des endroits très-rapprochés les uns des autres. Secondement, la densité de ces tubercules peut être telle, qu'ils ressemblent alors à de véritables pierres résistant à la pression et à la section, et s'écrasant comme du calcaire compact. Ces pierres desséchées font effervescence lorsqu'on les met en contact avec un acide. Quelques-unes d'entre elles offrent une apparence confuse de couches concentriques ; d'autres ressemblent seulement à un mortier solidifié et très-dur : j'en ai vu quelques-unes dont la transparence était évidente.

Les plus denses de ces produits anormaux sont ordinairement ceux dont le volume est le moins considérable ; aussi les plus petites masses tuberculeuses dont on peut apprécier la transfor-

mation chez le vieillard sont-elles celles qui offrent le plus nettement ces apparences de petites pierres accumulées dans les tissus.

Les moins denses de ces matériaux qui remplacent la matière tuberculeuse sont ceux dont le volume, déjà considérable, est parvenu aux dimensions d'un haricot, d'une noisette ou d'une noix. Dans ces circonstances, les matériaux soumis à l'examen sont généralement semblables à un mastic grossier ou à du mortier.

Tous ces divers états peuvent être remplacés soit par des cavernes de forme et de grandeur variables, soit par des cicatrices irrégulières, consécutives, si je ne me trompe, à l'existence de cavités anormales disparues. Examinons successivement ces deux circonstances.

On rencontre dans les poumons des vieillards des cavités anormales, résultat de destructions variées des tissus pulmonaires. Toutes ces cavernes n'ont pas eu pour cause l'affection tuberculeuse : j'en ai la certitude, et je le démontrerai par des travaux ultérieurs. Que l'on me permette seulement ici d'affirmer que des différences très-notables séparent les cavernes qui succèdent aux pneumonies chroniques des vieillards d'avec les cavernes consécutives à la maladie tuberculeuse : ce que je vais dire ne s'applique qu'à ces dernières lésions. Les poumons des vieillards renferment alors ces cavernes, et, en même temps qu'elles, les débris calcaires d'une plus ou moins grande quantité de tubercules variables en volume, dont le développement s'est arrêté. Ces tubercules ont alors été modifiés comme je l'ai dit.

Ces cavités anormales qui, par cela seulement qu'elles sont étendues dans le voisinage d'une ou de plusieurs masses tuberculeuses, peuvent être regardées comme étant consécutives à la phthisie, ont ordinairement subi dans la vieillesse de très-grandes modifications, principalement dans les périodes les plus avancées de la vie.

Ces modifications ne portent pas sur les formes ou les dimensions ; les apparences de formes et de dimensions sont trop variables pour être appréciées. Elles sont principalement reconnaissables par l'examen anatomique des liquides en contact avec la surface, par l'examen de cette surface intérieure, par les caractères anatomiques du périmètre extérieur de la caverne. Dans quelques circonstances que je ne crois pas rares, elles résultent également du défaut de communication de la cavité anormale avec les conduits aériens. Il faut apprécier ces différences.

Lorsque l'on rencontre ces cavités creusées dans l'épaisseur des poumons chez beaucoup de vieillards, on remarque d'abord que les liquides qu'elles renferment sont loin d'être semblables aux liquides contenus dans les cavernes des adultes phthisiques. Quelquefois cependant il y a ici, comme en toute autre matière, des degrés reconnaissables. Il en résulte que les faits généraux indiqués ici peuvent se confondre par des nuances variables avec les caractères que l'on reconnaît dans des âges moins avancés. Ces nuances seront facilement appréciées par les observateurs, elles seront mieux reconnaissables si les individus tuberculeux meurent avant l'extrême vieillesse. On les observe encore chez les sexagénaires; on cesse généralement de les remarquer en étudiant les octogénaires.

Les matières contenues dans les cavernes des vieillards peuvent donc être plus ou moins analogues à la matière dite tuberculeuse des adultes; mais on peut affirmer que, plus le dépôt des molécules de charbon est abondant autour des cavités, plus il est commun de rencontrer les caractères que je vais indiquer.

On observe seulement alors des liquides simplement muqueux, transparents, filants, d'une apparence tout autre que les matières purulentes des adultes. S'il y a eu une bronchite aiguë ou chronique antérieure à la mort, ces liquides revêtent tous les caractères des excrétions que l'on rencontre dans les bronches; mais quelquefois cette similitude n'est point appréciable, dans le cas, par exemple, où la cavité anormale n'a plus aucune communication avec les canaux aériens.

Ces liquides pouvant être mêlés à l'air dans le premier cas, on les rencontre alors spumeux dans l'intérieur même de la cavité. Dans le second cas, l'air ne pouvant avoir aucun contact avec eux, ils emplissent entièrement la caverne qui les contient, et doivent être restés dans cette condition depuis bien des années.

J'ai eu l'occasion de remarquer ces caractères chez nombre de vieillards; les élèves qui séjournent à l'hospice de la Vieillesse les connaissent parfaitement bien. Mais chez quelques vieillards il reste encore, dans une ou plusieurs des anfractuosités irrégulières de ces cavernes, des matériaux plus denses, grenus, d'apparence calcaire, faisant effervescence avec les acides lorsqu'on les a desséchés. Ces matériaux sont les seuls débris de la matière tuberculeuse : ils adhèrent quelquefois aux parois de la caverne; alors on ne les sépare pas toujours avec une grande facilité.

Du sang peut être mêlé aux matières que je viens d'indiquer; il ne vient pas du pourtour des cavités anormales, il provient d'autre part. Quel que soit le lieu d'origine de ce sang, il est

parvenu au siége où on le rencontre au moyen seul de la continuité des bronches. Cette circonstance peut se présenter chez certains individus. J'en citerai plusieurs observations dans la suite de ce travail.

Ces cavités ne communiquent cependant pas toujours avec les bronches; on peut s'en assurer en insufflant les poumons ou en injectant du suif fondu dans les canaux aériens de ces organes. J'ai eu l'occasion d'étudier plusieurs de ces cavernes privées de toute communication avec les conduits aériens. Un ou plusieurs canaux bronchiques se terminaient brusquement alors en cul-de-sac dans le voisinage de la cavité anormale, séparés également de cette cavité par les amas de matière noire. On conçoit qu'avec des conditions pareilles, il ne puisse pas être possible de reconnaître pendant la vie l'existence de semblables lésions.

Les surfaces intérieures des cavités tuberculeuses de l'homme adulte sont couvertes d'une quantité notable de matière purulente, quelquefois accumulée par couches. Dans tous les cas, l'adhésion de cette matière aux surfaces qui l'ont sécrétée est telle, qu'il est fort difficile de nettoyer assez ces surfaces, même par le lavage, pour les étudier ensuite.

Chez le vieillard, au contraire, dont les cavernes anciennes ont cessé depuis longtemps de suppurer, et principalement dans les cavernes à la surface desquelles il est difficile ou impossible de retrouver des traces de la matière tuberculeuse, les matériaux liquides, transparents ou colorés par le sang, sont aisément éloignés des surfaces par le lavage. Cette séparation facile permet l'analyse des parties sous-jacentes.

Ces surfaces, très-irrégulières du reste, et qui s'étendent souvent dans les profondeurs de nombreuses anfractuosités, sont ridées et semblables aux surfaces des anciennes cicatrices que l'on observe dans les intestins.

Elles sont lisses, si l'on fait abstraction des rides légères plus ou moins nombreuses, et n'ont point l'apparence tomenteuse des cavernes des adultes. L'aspect d'anciennes cicatrices cutanées représente assez bien les parties que je cherche à décrire. J'ai vu de ces surfaces colorées en rouge, principalement lorsque les cavités contenaient du sang. Mais je les ai vues plusieurs fois peu colorées par ce liquide, et même je suis certain d'avoir constaté leur décoloration partielle ou générale. Les surfaces offraient simplement alors une teinte légèrement grisâtre, ardoisée ou marbrée.

Ces colorations très-variables sont particulières à une membrane le plus souvent résistante, et même, dans certains cas,

excessivement dense, qui tapisse toutes les cavités anormales. On peut disséquer des lambeaux de cette membrane et reconnaître que de son côté adhérant s'étendent des prolongements plus ou moins nombreux, s'irradiant au milieu des tissus pulmonaires ; ces prolongements peuvent être également très-denses.

Des particularités anatomiques, appréciées depuis fort longtemps, ont été désignées plusieurs fois chez les vieillards sous le nom de *cicatrices pulmonaires* : ce sont tantôt des bandes inégales, très-résistantes, fibreuses, existant généralement dans les régions supérieures des organes et convergeant à peu près vers un centre commun. Les extrémités de ces bandes se terminent confusément dans la substance pulmonaire. Ces bandes se dessinent encore mieux lorsque l'on a insufflé les parties saines des poumons et qu'on les a desséchées. D'autres fois, au lieu de ces parties fibreuses, ce sont des espèces de cicatrices dures, gonflées, irrégulières, appréciables au sommet des poumons. Ces sortes d'apparences de cicatrice occupent dans les tissus une place plus ou moins étendue ; l'épaisseur en est variable, la densité en est très-grande : elles crient sous l'action du scalpel et ne sont point perméables à l'air.

Lorsqu'on insuffle les organes respiratoires, les parties saines distendues par l'air se gonflent et délimitent parfaitement ces endroits malades, remarquables à la superficie des poumons par leur affaissement et les irrégularités du niveau qui les circonscrit.

Je ne cherche point à juger si ces traînées de substance fibreuse, si ces apparences de cicatrices sont le résultat de cavités tuberculeuses superficielles ou profondes ; d'autres se sont occupés de cette question fort difficile. Je puis cependant assurer que dans le noyau vague auquel aboutissent ces bandes fibreuses, il m'est arrivé fréquemment de constater l'existence d'une petite cavité très-irrégulière. J'ai vu également à l'endroit de ces dépressions irrégulières, parcheminées, placées au-dessous d'une plèvre épaissie par la présence de plusieurs couches fibreuses, quelques cavités étroites et irrégulières dont l'existence n'a pas pu me paraître contestable.

Quoi qu'il en puisse être, que des cavités consécutives à l'affection tuberculeuse puissent être oblitérées, ou bien que ce phénomène d'oblitération soit rare, il n'en est pas moins évident pour moi que les molécules charbonneuses viennent s'accumuler autour du périmètre de toutes les parties malades, qu'il y ait dans les organes des tubercules miliaires, des tubercules plus volumineux, des cavernes, ou bien de ces apparences désignées

sous le nom de *cicatrices*. Les phénomènes produits par la matière noire sont les mêmes.

Les molécules charbonneuses sont déposées autour de toutes ces parties malades, elles y forment une épaisseur variable, et s'y rencontrent avec diverses dispositions que je ne puis indiquer que d'une manière très-générale.

Tantôt elles sont infiltrées dans les tissus voisins de toutes ces altérations pathologiques, quelle que soit la densité de ces tissus dont la résistance et la ténacité sont souvent excessives. D'autres fois, ces matériaux composés de charbon constituent de véritables masses semblables à des truffes, au sein desquelles est renfermé un noyau calcaire ou une caverne ; quelquefois même, au sein de ces accumulations considérables, dans les profondeurs de ces masses, la quantité de molécules de charbon est telle, que les molécules constituent de véritables cristallisations appréciables à l'œil et au toucher. Je conserve de ces cristallisations qui ont plus de 1 centimètre de longueur.

Il a certainement fallu un temps considérable pour que les endroits malades aient été entourés d'une telle quantité de molécules de charbon, et pour que les poumons aient quelquefois acquis autour de ces anciennes altérations tuberculeuses la densité du cuir bouilli.

Il existe encore une foule de nuances dans la manière dont ce dépôt de charbon se manifeste à l'observateur : un seul et même organe peut quelquefois permettre d'apprécier ces nuances multipliées et très-variables. Le volume des tubercules, leur ancienneté, leur éloignement mutuel, et mille autres faits inconnus, pourraient seuls expliquer les quantités variables de matière charbonneuse rencontrées dans tel individu, dans tel point du poumon, depuis les premiers dépôts de cette matière, sous l'apparence d'une traînée noirâtre, jusqu'aux amas considérables dont je viens de parler.

Dans plusieurs circonstances, soit que les tubercules n'aient pas été très-voisins les uns des autres dès leur origine, soit que le nombre de ces produits anormaux ait été fort peu considérable, il peut arriver que la matière charbonneuse se soit déposée même en dedans du périmètre du tubercule, et que cette masse tuberculeuse paraisse en entier pénétrée par la matière noire. J'ai vu quelques-uns de ces tubercules ainsi noircis par le dépôt charbonneux.

Une autre particularité existe encore d'une manière très-nette sur d'autres individus. Les molécules du charbon ne se sont déposées qu'au pourtour d'une agglomération formée d'une mul-

titude de tubercules : ces molécules ont ainsi englobé une masse composée d'une quantité de tubercules plus ou moins petits.

Lorsque les tubercules sont très-rapprochés les uns des autres, aucune circulation apparente ne semble plus être possible dans l'espace qui les sépare les uns des autres. J'ai démontré ce fait il y a plusieurs années. N'est-ce pas cette absence de circulation qui explique pourquoi les molécules de charbon déposées autour des vaisseaux sanguins ne sauraient plus être produites au sein de ces agglomérations tuberculeuse, tandis qu'elles se déposent facilement autour de leur périphérie ? Dans ces cas, qui ne sont pas rares, ces agglomérations tuberculeuses doivent être considérées à part. On reconnaît bien en quelques points de ces amas de nombreux tubercules, certaines des modifications que j'ai indiquées ; mais cependant plusieurs faits d'un intérêt réel ne doivent pas être passés sous silence.

Ces agglomérations d'un nombre considérable de tubercules présentent, principalement dans les régions les plus éloignées de leur centre, les phénomènes anatomiques que j'ai désignés comme étant propres aux tubercules modifiés. Le centre de ces agrégations tuberculeuses a suivi la marche de la phthisie telle qu'on la connaît chez l'adulte. Les tubercules centraux sont ramollis et diffluents, tandis que les tubercules périphériques offrent tous les caractères anatomiques de la phthisie des adultes.

Le dépôt de la matière charbonneuse autour du périmètre du tubercule paraît donc être un fait nécessaire, non pas à la guérison, mais du moins pour que d'importants changements puissent être opérés dans la maladie. S'il en était autrement, pourquoi, au milieu de ces agglomérations d'une multitude de tubercules, verrait-on, sur les points les plus éloignés du contact des molécules de charbon, la phthisie suivre dans la vieillesse la marche qu'elle affecte chez l'adulte ?

Ces deux conditions particulières dans lesquelles se présente la maladie tuberculeuse des vieillards sont assez intéressantes pour mériter l'attention des médecins.

Dans les cas que je crois être les plus communs chez les vieillards tuberculeux, les molécules de charbon se sont déposées autour des tubercules miliaires ou des masses tuberculeuses entre lesquels existait probablement une épaisseur notable de tissu pulmonaire sain. Ce fait peut être principalement remarqué dans les régions supérieures de beaucoup de poumons, et surtout dans les organes où la quantité de ces tubercules ou des cavernes n'est pas considérable.

Il n'est pas difficile de reconnaître, autour de ces cavernes

ou de ces tubercules, la présence du charbon par la coloration noire des tissus. On voit aisément, dans certaines circonstances où tous les phénomènes anatomiques sont nettement dessinés, que la matière noire ou charbonneuse a englobé tous les tubercules et les cavernes tuberculeuses. Mais ces faits ne sont pas les seuls qu'il importerait de connaître : il est des phénomènes d'une autre nature sur lesquels malheureusement on ne saurait avoir que des aperçus incomplets.

Ces phénomènes sont relatifs à l'action de molécules de charbon sur les vaisseaux voisins des tubercules ou des cavernes, qui se rendent à ces produits anormaux ou aux cavités qui les remplacent.

Il y a plusieurs années que j'ai cherché à faire connaître les changements intéressants qui se succèdent dans les organes de la respiration autour des tubercules. (*L'Expérience*, 1838.)

Je crois être obligé de rappeler ces recherches, parce qu'elles se rattachent à celles dont j'expose en ce moment les résultats. La connaissance des phénomènes du développement des tubercules est absolument nécessaire pour faire comprendre l'action des molécules de charbon sur les parties malades.

Autour de tous les tubercules, il s'établit dans les tissus une zone d'épaisseur variable au sein de laquelle on ne peut plus apercevoir, soit par l'insufflation des bronches, soit par l'injection des artères ou des veines pulmonaires, aucune des divisions extrêmes des canaux aériens ou des vaisseaux sanguins. Au bout d'un certain temps, il se développe dans cette zone des vaisseaux de nouvelle formation, abouchés bientôt, d'une part, avec les vaisseaux nés des divisions des artères bronchiques, et, de l'autre, par le moyen des nombreuses adhérences des plèvres et des fausses membranes, avec les artères sous-clavières, intercostales, mammaires, diaphragmatiques, médiastines, etc., etc. Ces vaisseaux reçoivent alors le sang de la grande circulation, le sang rouge, le sang artériel, et le versent dans les veines pulmonaires avec lesquelles ils communiquent également.

Cette circulation nouvelle des phthisiques place alors les malades, à toutes les époques de l'affection, principalement lorsque les lésions s'accroissent et se multiplient, dans des conditions entièrement opposées à celles dans lesquelles se trouvent les parties du poumon encore saines. Dans l'homme en parfaite santé, chaque inspiration met le sang veineux provenant des cavités droites du cœur en contact avec l'atmosphère : dans les portions de poumon tuberculeuses, au contraire, c'est le sang

artériel, lancé par les cavités gauches du cœur, qui vient chercher autour des tubercules et qui rencontre plus tard, à la surface des cavernes, le contact de l'oxygène introduit par chaque dilatation de la poitrine.

Si les faits les plus dignes de remarque parmi ceux qui se succèdent dans la poitrine des phthisiques sont le développement des vaisseaux de formation nouvelle et l'accomplissement d'une circulation anormale à l'aide de ces vaisseaux, l'oblitération de ces mêmes vaisseaux et l'abolition plus ou moins complète de cette circulation sont également curieuses à connaître. Dans ce dernier cas, les études anatomiques me paraissent devoir faire apprécier que, par leur dépôt, les molécules de charbon peuvent oblitérer les conduits de cette circulation anormale, et non-seulement alors suspendre les progrès locaux de la maladie tuberculeuse, mais encore apporter un adoucissement aux symptômes généraux si graves de cette affection. Cet obstacle apporté aux progrès de la phthisie chez plus d'un malade a été tel, que des individus tuberculeux ont pu continuer de vivre jusqu'à un âge avancé, ne laissant apercevoir à l'observateur, soit pendant la vie, soit après la mort, que les traces d'une affection dont les progrès avaient été interrompus par les seules forces de la nature.

Cette interruption dans les progrès de la maladie tuberculeuse peut être quelquefois constatée sur certains phthisiques parvenus à la période moyenne de leur vie.

La matière noire charbonneuse enveloppe complètement, dans ces cas, et tous les tubercules pulmonaires qui ont subi une transformation, et les cavernes qui ne renferment plus de matière tuberculeuse.

Dans toutes ces circonstances, on doit remarquer que c'est précisément sur tous les points où ont pu se produire les vaisseaux de nouvelle formation que se sont accumulées les molécules du charbon : c'est là où elles abondent.

Qu'est-il donc résulté de ce dépôt, principalement lorsqu'il a été considérable? En pénétrant les tissus, il s'est d'abord entièrement opposé au développement premier de ces vaisseaux de nouvelle formation. Les tubercules d'un petit volume ne se sont point alors accrus; ils n'ont point subi les transformations régulières qui leur sont propres. Ces produits anormaux ont conservé leurs dimensions minimes, ils sont restés stationnaires; ils ne se sont point ramollis : ils ont acquis tantôt une dureté fort grande, d'autres fois ils se sont seulement modifiés; de telle façon que leurs molécules sont devenues semblables à du calcaire.

Lorsque la matière charbonneuse aura commencé à s'accumuler dans les poumons des phthisiques parvenus à une période plus avancée de la maladie, renfermant des tubercules ramollis ou non, mais d'un volume déjà grand, ou bien qu'elle se sera produite autour de la circonférence des cavernes, que sera-t-il arrivé ? Le dépôt charbonneux aura rencontré, à mesure que ces accumulations se seront étendues, les vaisseaux de nouvelle formation, il en aura enveloppé le calibre ; plus tard, et probablement dans un temps variable, il aura oblitéré ces mêmes vaisseaux par des accumulations plus compactes, agissant exactement de la même manière que sur les vaisseaux des poumons non tuberculeux. Le dépôt des molécules charbonneuses aura dû interdire alors toute circulation nouvelle autour des tubercules ou des cavernes. Il aura isolé de plus en plus du contact du sang, tantôt la matière tuberculeuse, tantôt les cavernes, et sera devenu manifestement la cause, sinon d'une guérison absolue, au moins d'un arrêt remarquable dans le développement des lésions locales. La cessation progressive des effets de ces lésions locales sur la constitution générale des individus aura été ensuite opérée.

On ne retrouve plus, en effet, ces vaisseaux d'une formation si extraordinaire dans les poumons des vieillards chez lesquels on reconnaît la présence non équivoque d'anciens tubercules ou d'anciennes cavernes. Chez ces vieillards, il n'existe plus de communications entre la grande circulation, soit avec la circonférence des tubercules, soit avec la superficie ou le périmètre des cavernes. Toutes les parties qui, chez les adultes, sont pénétrées par les vaisseaux nouveaux dont le développement servit à produire cette communication singulière, ne présentent que la matière charbonneuse mêlée intimement aux tissus, et n'offrent rien de plus à considérer.

Si, dans la majorité des cas soumis à mon appréciation, il n'a pas été possible de constater autre chose que l'absence des vaisseaux de formation nouvelle, et s'il n'a pas été donné de reconnaître plus de traces de leur présence que de celle des extrémités les plus déliées des ramifications extrêmes de l'artère ou des veines pulmonaires, il m'a cependant été possible, dans quelques cas, de vérifier l'existence des débris des vaisseaux anormaux, et d'acquérir une certitude assez grande pour ne pas douter qu'ils n'aient dû exister pendant un certain temps avant de disparaître.

Quelques vieillards moururent à l'hospice de la Vieillesse : ils avaient présenté, pendant leur jeunesse, des symptômes analo-

gues à ceux de la phthisie ; ils offrirent plus tard l'ensemble des caractères par lesquels se révèle la présence du charbon dans les tissus pulmonaires. On lança sur chacun d'eux, après la mort, deux injections diversement colorées en rouge et en bleu, l'une par l'aorte, l'autre par l'artère pulmonaire. Avant de dire ce qui fut observé, que l'on me permette de rappeler ce que l'on eût observé, dans la même circonstance, chez un phthisique adulte, dont la marche de la maladie n'eût point été arrêtée. L'injection rouge, lancée par l'aorte, serait alors revenue par les veines pulmonaires, après s'être répandue autour des masses tuberculeuses et avoir rempli, dans tous ces endroits, des lacis multipliés de vaisseaux de formation nouvelle. Il n'en fut pas ainsi chez ces vieillards : l'injection rouge lancée par l'aorte ne pénétra point dans les poumons, elle ne s'étendit point autour des tubercules ou des cavernes, dans toutes ces parties malades entièrement noircies par le dépôt du charbon qui, depuis nombre d'années, les avait rendues imperméables. Quelques seules adhérences anciennes, renfermant des vaisseaux anormaux d'un calibre égal à 1 millimètre, s'étendaient dans le voisinage des sommets des poumons entre les deux surfaces des plèvres. Ces vaisseaux des adhérences provenaient des divisions artérielles nées des artères des parois de la poitrine. Le calibre de ces conduits était entièrement coloré par la liqueur rouge venant de l'aorte, et il était facile de suivre ces divisions vasculaires au travers de l'adhérence membraneuse des plèvres, jusqu'à leur terminaison.

Ces adhérences anciennes, placées précisément dans le voisinage de cavités consécutives à des tubercules, auraient nécessairement, chez un homme adulte, conduit ces vaisseaux renfermant du sang rouge jusque dans les divers points du périmètre des cavernes : là, ces vaisseaux se seraient divisés en un réseau multiplié, duquel seraient nés et des ramuscules très-fins, apparents à la surface de la cavité, et d'autres divisions se rendant aux extrémités des veines pulmonaires. Il en était autrement dans les poumons des vieillards dont il est question. Ces artères, développées dans l'adhérence, s'étendaient à peine, malgré leur dimension, au delà de la plèvre pulmonaire ; arrivées à cette membrane, elles s'arrêtaient au contact même de la matière charbonneuse répandue en masse à la surface et dans les profondeurs des poumons. Quelques rares divisions terminales de ces vaisseaux, pénétrant dans quelques endroits moins chargés de charbon, semblaient être les derniers vestiges de la circulation particulière aux phthisiques, et témoignaient même, par leur

rareté, de la puissance qui avait arrêté les progrès de la maladie tuberculeuse.

Il est encore une autre manière beaucoup plus précise de constater l'absence de ces vaisseaux de formation nouvelle autour des parties des poumons qui ont été ou qui sont encore le siége de tubercules. On a trop fréquemment l'occasion d'étudier d'anciennes masses tuberculeuses transformées en calcaire chez les vieillards, pour ne pas vérifier aisément ce que j'avance. Il suffit, après avoir isolé les régions malades et les avoir lavées pour les débarrasser des mucosités bronchiques, de placer ces parties sous une couche d'eau. Ces tissus peuvent alors être disséquées convenablement, et on peut les comparer à des portions de poumons non tuberculeux placés dans les mêmes circonstances.

Les plus petits vaisseaux n'échapperaient point alors à l'examen, on les distinguerait sous la couche d'eau, et l'œil pourrait les suivre, qu'il soit aidé d'une loupe, ou même l'observateur négligeât-il ce moyen.

Après avoir employé ce procédé, on est conduit également à conclure que les petits vaisseaux existant autour des cavernes tuberculeuses et dans l'intérieur des cavités cessent de plus en plus de devenir appréciables à mesure que la quantité des molécules de charbon devient elle-même de plus en plus apparente.

Ces modifications des masses ou des cavernes tuberculeuses ne sont pas encore les seuls faits qu'il m'ait paru nécessaire de connaître. L'examen cadavérique m'indiquait une autre série de recherches sur l'homme vivant.

Il importerait de savoir si les premiers faits dont j'ai rendu compte peuvent être appréciés pendant la durée de la vie; si même l'on peut alors reconnaître cette dégradation de l'affection tuberculeuse : ce sont donc ces études de l'homme vivant dont je vais essayer de présenter les résultats, non que je pense avoir complété toute la série nécessaire de recherches.

Si ce travail peut offrir quelques éclaircissements aux personnes qui s'occupent de l'art de guérir, il ne leur donnera malheureusement aucune indication capable de leur faire apprécier les causes du dépôt des molécules du charbon dans le sein des poumons de l'homme. J'avoue mon ignorance entière des procédés à l'aide desquels la nature prépare les changements que je signale.

Partie séméiologique.

La matière charbonneuse existe dans les poumons sans être l'occasion de troubles locaux ou généraux appréciables ; on n'en

saurait douter. Dans ce cas, l'examen anatomique peut seul éclairer le médecin. Il n'en est pas toujours ainsi : la présence de ce produit peut être révélée par des symptômes ; il est alors possible de déterminer pendant la vie le siége et l'étendue des régions affectées.

Déjà plusieurs des symptômes indices de la présence de la matière charbonneuse avaient attiré l'attention d'un observateur célèbre ; on peut le croire après avoir lu les observations que Bayle a consignées dans son ouvrage. (*Recherches sur la Phthisie pulmonaire*, 1810, obs. XIX, obs. XX, obs. XXI, obs. XXII.) — Des faits analogues, mais autrement interprétés, sont rapportés dans l'ouvrage de M. Andral, et désignés sous le nom de *bronchites* ou de *pneumonies chroniques*. (Andral, *Clinique médicale*, t. III et IV, ch. CLXXXI, CCIX, CCXVII, CCXXII.) La lecture des ouvrages auxquels je renvoie le lecteur augmentera l'intérêt des faits qui me sont personnels, et dont quelques-uns vont être d'abord rapportés. Les détails de ces faits ont été recueillis par deux de mes élèves, MM. Bernutz et Lacour, internes des hôpitaux, à l'intelligence desquels j'ai dû plus d'une remarque précieuse. Je suis heureux de leur en témoigner toute ma gratitude.

Les observations suivantes serviront à faire comprendre la succession des phénomènes locaux et généraux de la maladie.

Obs. I. — Un homme, ancien cuisinier-pâtissier, âgé de 72 ans, vient à l'infirmerie le 9 janvier 1844. — Il est asthmatique depuis l'âge de 8 ans. Il s'est toujours enrhumé facilement, il a toussé et craché pendant toute sa vie depuis l'enfance ; ses rhumes se sont reproduits et ont duré tous les hivers. Il n'a jamais saigné du nez et n'a jamais craché de sang, avant l'âge de 71 ans. Depuis trois années il a des palpitations. Sa constitution est chétive : il est très-maigre ; sa poitrine est étroite, bombée en avant, creuse sous les clavicules ; les omoplates sont saillantes.

Vers la fin de novembre 1843, il a rendu, dit-il, beaucoup de sang caillé par la bouche ; cette hémorrhagie avait été précédée de frissons, de douleurs entre les deux épaules. Elle s'est reproduite plusieurs fois depuis cette époque : le malade expectorait alors en une nuit une assez grande quantité de sang pour emplir un vase de nuit ; mais cette quantité n'était pas toujours aussi considérable. — Lors de l'entrée à l'infirmerie, on constate une faiblesse, une pâleur et une maigreur extrêmes, le refroidissement des extrémités et du tronc ; on est obligé de réchauffer ce vieillard : pouls faible, misérable, à peine perceptible ; le nombre des pulsations est de 95 par minute ; l'impulsion du cœur et les battements de cet organe sont très-faibles, l'oreille les perçoit à

peine. L'intelligence est libre, l'exercice des organes des sens est parfait.

Pendant l'espace de douze heures, ce malade a rempli trois crachoirs de sang pur (environ 1200 grammes de sang). Ce sang est peu vermeil, liquide, très-peu spumeux, il est mélangé d'une faible quantité de mucosités.

La toux n'a cependant été ni fréquente ni forte; le rejet de ce sang est facile et n'est précédé d'aucun effort, d'aucun frisson; aucune douleur ou sensation désagréable ne peut être appréciée dans la poitrine. Il n'y a point de dyspnée. La respiration n'est pas gênée d'une manière apparente, il n'y a que 24 inspirations par minute.

Le son de la poitrine est obscur sous les clavicules, dans la région inférieure et antérieure du côté gauche en arrière: la matité est complète dans les fosses sus et sous-épineuses. Vers les régions inférieures, la sonorité est appréciable.

Un souffle manifeste se fait entendre pendant l'inspiration et l'expiration, principalement dans les régions supérieures; la voix est bronchophone; on croit entendre la pectoriloquie et un gargouillement dans la fosse sus-épineuse droite.

Un râle crépitant humide est évident dans toutes les régions de la poitrine où la matité n'est pas complète; quelques bruits de frottement se font également entendre : ces phénomènes locaux ne varient que très-peu depuis l'entrée du malade jusqu'au 14 janvier, jour de sa mort. Ces changements ont été appréciés d'une manière exacte.

Trois jours après l'entrée du malade, la quantité des matières expectorées avait diminué : 150 grammes de crachats étaient à peine rendus en vingt-quatre heures. Ces crachats ressemblaient à une espèce de purée rouge, semblable à un mélange intime de mucus et de sang; ils conservèrent ce caractère jusqu'à la mort. Le nombre des mouvements de la poitrine ne s'éleva pas au-dessus de 24 par minute. Les phénomènes reconnus par l'auscultation et la percussion furent constamment les mêmes qu'auparavant; toutefois, à mesure que les forces du malade déclinèrent, le râle crépitant disparut, surtout à droite, et le 14 janvier, jour du décès, aucun bruit respiratoire ne pouvait plus être entendu du côté droit. Du côté gauche, rien n'était changé. Il y eut une diarrhée légère pendant la durée du séjour à l'infirmerie.

Ce vieillard eut constamment peu de sommeil, peu de toux, point d'oppression fatigante. Le 14 janvier, il s'éteignit lentement, sans agonie, après avoir perdu complètement sa coloration, ses forces et sa chaleur. Le pouls, plus faible que jamais

dans les deux derniers jours, s'éleva à 100 pulsations par minute, mais ne dépassa pas cette limite.

Les moyens thérapeutiques furent très-simples. — On couvrit le malade de couvertures, on promena sur ses membres et sa poitrine des cataplasmes sinapisés, on lui plaça les extrémités inférieures près de cylindres d'étain remplis d'eau chaude. Les boissons habituelles furent du bouillon et 80 grammes de vin de Collioure par jour. — Il ne m'a pas paru possible d'employer une médication plus active.

Examen du cadavre. — Le centre nerveux, le cœur, les gros vaisseaux, le canal digestif et ses annexes, furent examinés, et ne présentèrent l'occasion d'aucune remarque intéressante.

Le poumon droit était adhérent aux côtes par des brides celluleuses très-denses. La superficie de cet organe est colorée d'un noir très-foncé et luisant.

Les profondeurs des tissus montrent les lésions suivantes. Ces tissus sont denses, élastiques, criant sous le scalpel, non déchirables avec les doigts; leur couleur est d'un noir de jais. Cette coloration est accumulée en plus grande quantité dans le lobe supérieur et moyen : elle résulte, à ces endroits, de la présence de masses granuleuses de grosseur variable, depuis le volume d'un grain de millet jusqu'à celui d'une noix. — Entre ces dépôts dont on sent les limites irrégulières par la pression, les tissus sont également colorés en noir. — Le lobe inférieur du poumon droit, quoique pénétré de cette même matière, contient une quantité notable de sang spumeux; on retrouve dans ce lobe les tissus pulmonaires avec leur organisation. Ces tissus du lobe inférieur sont pénétrés de sang friable, et de distance en distance au milieu d'eux se rencontrent des noyaux grisâtres, ramollis, du volume de grains de chènevis ou de pois. Ces portions grisâtres ont les caractères des tissus pulmonaires chroniquement enflammés.

Une cavité du diamètre d'une cerise, tapissée par une membrane épaisse, est placée au centre de la matière noire dans le sommet du poumon de ce côté. Cette cavité communique avec une bronche d'un faible diamètre; dans l'intérieur se trouvent du sang et un noyau de fibrine friable et granuleux, coloré en rouge. Plusieurs cavités analogues, environnées des mêmes produits, se rencontrent à la base du poumon droit.

Le poumon gauche présente exactement la même accumulation de matière noire dans toute l'étendue de l'organe pulmonaire. Tous les tissus du lobe supérieur en sont pénétrés. Ces lobes noirs, durs et élastiques, ressemblent à un morceau

d'éponge grossière teint en noir. Cette apparence spongieuse résulte de la présence d'une foule de cavités anormales placées les unes près des autres et communiquant ensemble. Un kyste du volume d'une noix, environné d'une membrane élastique et d'une couche de matière noire, est placé au sommet du lobe supérieur sous la plèvre ; probablement ce kyste est une ancienne cavité tuberculeuse. — Il renferme quelques traces faibles de matière crayeuse. Toutes ces cavités, donnant un si singulier aspect au tissu pulmonaire, contiennent du sang mêlé à des matières muqueuses.

Le lobe inférieur, fortement pénétré de sang, est parsemé de noyaux grisâtres, durs dans quelques endroits, ailleurs très-nettement ramollis. — La matière noire déposée dans ce lobe comme ailleurs se dessine, à la surface des tissus rouges ou grisâtres, en traînées noires très-irrégulières ou en noyaux très-foncés.

Il est évident que ces lésions des deux lobes inférieurs, caractérisées par la congestion du sang dans les tissus et par les noyaux grisâtres ramollis, sont des désordres secondaires.

Obs. II. — Un homme âgé de 72 ans vint à l'infirmerie le 15 août 1843. Il était sellier : ses cheveux avaient été châtains ; il était chauve ; sa constitution était détériorée ; il était d'une grande faiblesse, très-frêle, très-maigre ; sa peau était blanche et pâle. — Sa santé avait toujours été chancelante ; il toussait habituellement ; il eut beaucoup de rhumes, et cracha plusieurs fois du sang pendant sa jeunesse. — Il contracta autrefois la vérole ; il eut des chancres qu'il négligea pendant six ans : au bout de ce temps, sa peau se couvrit d'une éruption. Il subit alors un traitement antisyphilitique, et guérit après l'usage de la liqueur de Van Swieten. — Il y a douze ans, il eut une affection aiguë de poitrine, très-probablement une pneumonie. Depuis cette époque, la toux augmenta, devint fatigante, et ne le quitta plus ; il eut successivement alors plusieurs hémoptysies, et ses crachats furent souvent striés de sang. — Il eut des sueurs nocturnes, mais peu abondantes.

Le jour de son entrée dans la deuxième salle de médecine, il présente les symptômes généraux et locaux suivants. — Il est pâle, ses yeux sont caves et cernés, sa figure est amaigrie, son nez effilé, ses lèvres décolorées. — Les téguments sont décolorés et sans chaleur. Le pouls est faible, misérable ; l'artère bat de 85 à 90 fois par minute. L'impulsion du cœur est à peine perçue par l'oreille : il a sué la nuit ; mais cette sueur a été peu abondante. — Le décubitus est dorsal ; le malade est trop affaibli pour

pouvoir rester sur son séant. Il accuse une insomnie continuelle. — L'appétit est nul, la soif n'est pas vive, la langue est naturelle ; il n'y a ni coliques ni douleurs abdominales, même pendant la pression ; il n'y a pas de diarrhée. — L'intelligence est libre ; les réponses sont nettes, et les sens sont parfaits.

Ce malade est très-oppressé, sa respiration est pénible, sifflante, inégale ; le nombre des mouvements inspiratoires est de trente-six par minute ; sa parole est entrecoupée ; la toux est rare, gênante ; elle amène des accès de suffocation et se répète par quintes. L'expectoration est peu abondante, elle nécessite de grands efforts ; les crachats sont visqueux, blancs, verts et grisâtres, ils varient à chaque expectoration. Leur quantité n'équivaut pas à 150 grammes rendus en vingt-quatre heures.

La poitrine est étroite ; le son produit par la percussion est mat sous les clavicules, sous l'aisselle et dans les fosses sus et sous-épineuses : cette matité décroît à mesure qu'on s'approche des régions inférieures. Dans tous ces endroits mats, l'inspiration et l'expiration sont soufflantes, et la voix résonne nettement ; la bronchophonie est évidente ; il n'y a que des râles sibilants à la base de la poitrine.

Aucun de ces phénomènes ne change jusqu'au 22 août, jour de la mort ; on ne remarque que l'accroissement de la faiblesse, que la persistance de l'insomnie. Le pouls n'a jamais varié que la veille de la mort, on comptait alors avec peine cent pulsations très-faibles par minute ; les mouvements de la respiration étaient alors de trente-huit par minute, il n'y en eut jamais davantage. — En somme, ce malade déclina chaque jour en s'affaiblissant, et mourut sans agonie. Les seuls moyens employés furent la chaleur artificielle, les boissons chaudes, les juleps calmants et le vin ; on ajouta quelques bouillons à cette médication fort restreinte.

Examen du cadavre. — Tous les organes furent étudiés ; l'appareil offrit seul des remarques intéressantes : je me borne à reproduire ces particularités.

Les deux poumons étaient infiltrés de matière noire, principalement dans les deux tiers supérieurs de chaque côté ; la base des organes, colorée en noir comme les parties supérieures, présentait cependant un degré de coloration moins foncé.

Des masses inégales de cette matière anormale pouvaient être distinguées, voisines les unes des autres, au milieu des tissus dont la couleur était la même que celle de ces amas. Leur volume variable atteignait dans quelques points la dimension d'une noix ; quelques-unes de ces masses se dessinaient à la superficie

des organes et produisaient des bosses irrégulières. Au centre du sommet de chaque poumon se rencontraient, englobées par la matière noire, d'anciennes cavités pleines de mucus, sans communication apparente avec les bronches.

Dans toute l'étendue des poumons, des tubercules crétacés, semblables à des calculs, étaient entourés d'amas énormes de cette matière noire; tous ces tubercules, dont le nombre était considérable, présentaient les mêmes caractères : ils étaient tous semblables à du plâtre.

Les régions intérieures des poumons étaient le siége d'une congestion sanguine facile à enlever par le lavage. On distinguait mieux alors la coloration noire des parties; les bronches étaient roses et remplies de mucus; plus des deux tiers de chaque poumon étaient imperméables à l'air et à la circulation du sang.

Obs. III. — Un vieillard, âgé de 63 ans, ancien tailleur, homme petit, d'une très-faible complexion, pâle, lymphatique, yeux gris, cheveux châtains, d'une faiblesse musculaire très-grande, présente l'apparence la plus complète de la débilité. Pendant son enfance, il eut les ganglions du cou engorgés; ces ganglions suppurèrent. Il s'enrhuma facilement dès son bas âge, et toussa sans cesse depuis cette époque.

A vingt-quatre ans, un rhume plus fort et plus long que les autres lui fit perdre ses forces, qu'il ne retrouva jamais; à peine alors pouvait-il marcher ou monter un escalier ; sa respiration commença à être très-courte. Il eut à la même époque une première hémoptysie très-abondante, il cracha, dit-il, le sang à pleine bouche ; un état de débilité très-grande persista pendant un an ou dix-huit mois après cette hémorrhagie. Cet homme menait forcément une vie très-régulière, ne faisait que des excès de travail ; il se nourrissait en général fort mal.

Depuis l'apparition de ces premiers phénomènes, il n'a jamais cessé de tousser ; il a eu chaque hiver un rhume permanent accompagné de crachement de sang. Ce malade affirme qu'il a compté depuis sa jeunesse plus de quarante hémoptysies dont plusieurs faillirent le faire périr. Ce qu'il indique de remarquable dans ces crachements de sang, c'est qu'ils diminuèrent à mesure que la vieillesse approchait : la dernière hémoptysie, qui se manifesta à la fin de l'année 1842, consistait seulement dans l'expuition de quelques stries sanguinolentes.

Il fut traité, il y a sept ans, à l'hôpital Saint-Louis, pour une coxalgie, par M. Gerdy ; il fut paralysé subitement du côté droit il y a trois ans, et guérit. Le 1er août 1843, il perdit de

nouveau subitement le mouvement et la sensibilité du côté gauche, et fut rapporté à l'infirmerie avec les symptômes d'une hémorrhagie cérébrale sur lesquels je n'appelle point l'attention ; je me borne à l'exposé des seuls détails relatifs au sujet qui m'occupe : je me contente d'assurer que l'intelligence du malade était fort nette. — Apparence générale de faiblesse, poitrine étroite et déformée, membre grêles, peau décolorée, sans chaleur. Le pouls bat soixante-cinq fois par minute.

Les fonctions digestives sont régulières.

Le respiration est silencieuse, sans accélération aucune : vingt-quatre mouvements par minute ; nulle dyspnée ; légère douleur dans la région du larynx ; sensation de sécheresse et d'ardeur en ce point ; toux rare, sèche, par quintes courtes.

Expectoration rare ; les crachats sont légèrement visqueux, d'une couleur sale et douteuse.

Matité complète dans les fosses sus-épineuses et dans la région supérieure des fosses sous-épineuses de l'omoplate. Ces phénomènes peuvent être également appréciés sous les clavicules et dans le creux de l'aisselle.

La sonorité de la poitrine se manifeste d'autant mieux que l'on percute dans les régions les plus inférieures du thorax.

Dans tous les endroits où existe la matité, les bruits de la respiration sont remplacés aux deux temps, mais surtout à l'expiration, par un souffle rude et intense qui diminue à mesure que l'on s'approche des régions inférieures. Un retentissement bronchophone de la voix est également appréciable aux mêmes endroits où le souffle est perçu, soit sous les clavicules, soit sous l'aisselle, soit en arrière. Aucun de ces phénomènes locaux ne varie jusqu'au 19 août, jour de la mort.

Le 17 août, les symptômes d'une encéphalite se sont manifestés ; cette maladie, consécutive à l'hémorrhagie cérébrale, fut la cause de la mort de ce vieillard.

Cette affection modifia le pouls qui s'élève jusqu'à 130 pulsations ; elle fût la cause de l'augmentation de la chaleur du corps, mais elle ne changea rien aux phénomènes de la respiration. Les crachats ne se modifièrent pas. La matité, le souffle, la bronchophonie, n'éprouvèrent aucune variation ; les mouvements de la respiration s'accélérèrent ; dans les deux derniers jours, ils oscillèrent entre 24 et 32. — Le pouls subit également une accélération notable dès l'apparition des phénomènes de l'encéphalite ; il varia, dans les trois derniers jours, de 85 à 130 pulsations par minute.

Je ne rapporterai point, au sujet de cette observation, ce qui

est relatif au traitement ; la médication ne fut dirigée que contre l'affection cérébrale. Les symptômes offerts par l'examen de la poitrine avaient été attribués, pendant la vie, à la présence de la matière noire ; on ne chercha point à les combattre.

Je n'insisterai pas davantage sur les lésions anatomiques découvertes dans le centre nerveux.

Examen du cadavre. — Hémorrhagie dans la couche optique ; inflammation récente autour du foyer hémorrhagique ; épanchement du sang dans la cavité ventriculaire : ce fait peut avoir déterminé la mort. Le cœur et les organes de l'abdomen ne sont le signe d'aucune lésion.

Examen des organes respiratoires. — Adhérences des poumons aux plèves par des brides celluleuses très-épaisses, pénétrées de matière noire. Les sommets des lobes supérieurs sont surtout intérieurement attachés aux parois de la poitrine.

Les poumons sont noirs comme si on les avait imbibés d'une solution d'encre de Chine. Cette coloration disparaît en partie dans les régions inférieures pour faire place à un engouement notable, causé par l'accumulation des liquides sanguins et séreux. Au centre de ces parties rouges existent des noyaux gris ramollis. Cependant, après le lavage, la coloration noirâtre de ces parties est fort manifeste.

Ces tissus sont d'autant plus durs qu'on les examine dans le voisinage des régions supérieures.

Les lobes supérieurs des deux côtés, et le lobe moyen du côté droit, sont durs, élastiques comme du caoutchouc, résistant à la pression des doigts, à l'action du scalpel. Ces parties offrent une surface nette ; après la section, il semblerait que cette superficie appartient à une truffe. Au sommet du poumon gauche, on découvre au centre des tissus une énorme cicatrice étoilée, d'un blanc-bleuâtre ; elle est environnée de toutes parts par la matière charbonneuse : au milieu de cette cicatrice s'arrête une bronche d'un diamètre assez volumineux (3 millimètres). Cette bronche se termine en cul-de-sac sans qu'il y ait la moindre dilatation à son extrémité, elle aboutit à la cicatrice. Il n'y a pas de tubercule appréciable au milieu de tous ces tissus malades. — En somme, plus des deux tiers de chaque poumon ont été envahis par ce dépôt de matière ; et dans ces endroits la respiration était si peu possible, que les fragments du poumon recueillis au sommet des organes, et ayant 2 centimètres de côté, se précipitaient tous au fond de l'eau : cette matière fut l'objet d'une analyse attentive. (*La suite à un prochain numéro.*)

---

5. *Des indications de l'anémie*; par M. Trousseau, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris.

(Journal de Médecine de M. Trousseau, juillet 1845.)

Nimiùm ne fide colori.

Pour beaucoup de médecins, l'anémie, bien que reconnaissant des causes médiates assez diverses, est cependant toujours identique à elle-même. Elle est constituée par un appauvrissement du sang. Le fluide nourricier est moins riche en globules, la sérosité devient prédominante, la fibrine restant dans les proportions normales.

L'anémie est le phénomène capital : lui seul, il fournit une indication, celle de la médication reconstituante. Rendre au sang les globules qui lui manquent ; en d'autres termes, rendre au sang sa composition normale : tel est le but que se propose le médecin ; et, pour atteindre ce but, il semble que la thérapeutique nous fournisse des moyens faciles.

Je veux, dans cette courte dissertation, essayer d'établir :

1° Que l'anémie est un état très-différent de lui-même dans un grand nombre de cas ;

2° Que la médication reconstituante est souvent inutile, quelquefois nuisible.

L'anémie la plus simple dans sa cause, la plus commune, peut-être, est celle qui résulte d'une ou de plusieurs hémorrhagies.

Si l'hémorrhagie a été abondande, si elle ne s'est répétée que pendant quelques jours, elle laisse de la faiblesse, de la pâleur, quelques désordres nerveux passagers ; puis, après un temps ordinairement assez court, le sang reprend sa composition normale, sans que la thérapeutique ait eu besoin d'intervenir. Mais si les hémorrhagies se sont souvent et longtemps répétées, l'anémie prend une forme chronique. L'expérience démontre que la maladie a d'autant plus d'opiniâtreté qu'elle a déjà duré plus longtemps.

Si le praticien veut réfléchir un instant sur ce dernier fait si simple, si vulgaire, il sera frappé de cette vérité, savoir : que la composition du sang est, à peu de chose près, la même après six mois qu'après un mois de maladie.

Si l'anémie était toute la maladie, sa durée ne ferait rien au traitement ; elle devrait toujours céder aux mêmes moyens et avec la même facilité : or, il n'en est rien. Si elle a été le résultat de quelques hémorrhagies qui se sont succédé rapidement, quelle qu'ait été l'abondance de l'hémorrhagie, et, par conséquent, la

perte des parties cruoriques du sang, la restauration est ordinairement rapide, elle a lieu sans le secours de la médecine.

Mais si l'anémie est venue graduellement, ou bien encore si, imparfaitement guérie, elle se reproduit après de nouvelles hémorrhagies, désormais elle ne guérit plus spontanément, et l'art devra intervenir.

Il faut bien admettre que, dans ce dernier cas, les organes, privés pendant longtemps de l'élément de composition qui leur est nécessaire, prennent des conditions nouvelles qui ne leur permettent plus de suffire, par leur propre énergie, à la restauration des fonctions.

Or, la résistance à la restauration spontanée de la santé est le premier indice d'une grave perturbation ; et, plus tard, si le mal a duré davantage, la restauration sera même vainement demandée aux agents thérapeutiques dont l'influence est ordinairement si rapide dans le cas où l'anémie n'a pas encore profondément altéré la constitution.

L'anémie, considérée à ce point de vue, n'est donc pas une simple altération du sang, c'est un état fort complexe, analogue à celui que nous connaissons sous le nom de *chlorose ;* et, comme la chlorose, elle a de l'importance et de la gravité.

Dans le début de ma carrière médicale, je m'étais habitué à considérer la chlorose comme une des affections les plus simples et les plus faciles à traiter; mais à mesure que l'observation mûrissait mon expérience, je trouvais à la chlorose une gravité que je n'avais pas soupçonnée. Alors, en regardant d'un peu plus près, je voyais que la chlorose survenait chez les jeunes filles, plus souvent à cause de la suppression qu'à cause de l'exagération du flux menstruel ; qu'elle se développait quelquefois avec une rapidité extraordinaire, sans perte de sang, sans trouble dans les sécrétions ; qu'elle était précédée, mais surtout accompagnée de désordres nerveux, plus variés, plus bizarres que ceux que l'on observe dans le cours des autres maladies anémiques ; qu'elle pouvait durer pendant une longue suite d'années, ne cédant ni au régime le mieux entendu, ni à cette série de médications dirigées contre les accidents multiples de la maladie ; qu'elle semblait se guérir, à l'aide des martiaux, avec une facilité bien décevante, puisque bientôt, sans cause connue, ou bien à l'occasion de la cause la plus futile en apparence, elle reparaissait, toujours plus grave, toujours plus tenace, toujours plus étrange dans ses formes ; qu'elle laissait souvent après la guérison des traces presque indélébiles, quand elle avait duré longtemps, à ce point que les malades ne pouvaient, dans le reste de leur vie, se débarrasser des névralgies,

des troubles gastriques, des flux qui s'étaient manifestés pendant la chlorose, et comme épiphénomènes de la chlorose.

Je me voyais donc forcé de reconnaître que, si l'altération du sang est un des traits caractéristiques de la chlorose, cette altération n'est pas tout, puisque deux maladies dans lesquelles la composition du sang est la même, l'anémie aiguë, suite d'hémorrhagie, et la chlorose, diffèrent tant par leurs symptômes, et surtout par leur gravité.

Pourtant, en considérant l'anémie à forme chronique et la chlorose, au point de vue thérapeutique, ces deux maladies réclament un traitement analogue. Les médicaments ferrugineux, les toniques névrosthéniques, les antispasmodiques divers, le régime analeptique, procurent, dans quelques cas, une guérison radicale, presque toujours un amendement considérable dans les symptômes.

Si donc l'anémie n'avait que les deux formes dont nous avons parlé jusqu'ici, le thérapeutiste risquerait peu de s'égarer.

Mais bien souvent l'anémie se manifeste sous l'influence d'une lésion organique, ou, tout au moins, s'accompagne de lésions organiques graves, et alors la médication, dirigée contre l'anémie, devient inutile et quelquefois dangereuse. L'albuminurie est une des causes les plus actives de l'anémie : à son début, et lorsqu'elle ne s'accompagne pas encore d'hydropisie, il est besoin d'une grande attention pour la reconnaître ; et plus tard, lors même que la bouffissure du visage, l'œdématie des extrémités inférieures devraient, à défaut des autres signes, mettre le médecin sur la voie du diagnostic, on croit encore à la chlorose ; et les toniques, les martiaux, outre qu'ils ne rendent pas au sang sa composition normale, augmentent encore la disposition aux phlegmasies si communes dans ce cas, et rendent plus violente et plus continue la fièvre qui accompagne quelquefois l'albuminurie. Je sais que M. Rayer a cru devoir conseiller les ferrugineux dans cette maladie ; mais, à coup sûr, il a été conduit à cette médication, plutôt par la considération de la composition du sang que par l'expérience clinique : quant à moi, j'ai bien rarement eu à me louer de l'emploi du fer chez les malades qui avaient les urines albumineuses.

Ici, remarquons-le bien, l'anémie n'est, comme dans la chlorose, qu'un phénomène de la maladie : elle n'en est pas le fond ; mais elle dépend d'une lésion plus profonde, plus inamovible que celle de la chlorose ; et cette lésion, qui mérite une si sérieuse attention pour le diagnostic, n'en mérite pas une moindre pour le traitement.

Ce n'est pas que l'anémie, qui accompagne des affections cancéreuses, plus graves, certes, que les maladies du rein, ne puisse avantageusement être traitée par les martiaux ; mais ici il faut faire une distinction. Le fer, les toniques ne peuvent rien à la cachexie cancéreuse, caractérisée par cette coloration jaune-paille indiquée partout, et par un appauvrissement du sang, identique, en apparence, à celui de la chlorose ; mais il peut beaucoup à l'anémie qui, chez les cancéreux, succède à de grandes hémorrhagies. Souvent, en effet, chez de pauvres femmes atteintes de carcinomes utérins encore peu avancés, lesquels ont été accompagnés de fréquentes métrorrhagies, l'anémie hémorrhagique simule l'anémie cancéreuse diathésique, dont elle diffère à tant d'égards, et elle peut disparaître presque totalement par l'usage des martiaux, au point de faire luire, aux yeux des malades, des espérances de guérison si promptement suivies d'un cruel mécompte ; tandis que les martiaux ne peuvent rien contre la décoloration du sang qui s'observe chez les cancéreux, avant qu'il n'y ait eu d'hémorrhagies.

Mais si, dans la diathèse cancéreuse pure, le fer ne fait aucun bien, toujours est-il qu'il n'aggrave pas la situation du malade.

En est-il de même dans toutes les diathèses ? En est-il de même, surtout, dans la diathèse tuberculeuse ?

Suivant moi, le fer est funeste dans la diathèse tuberculeuse des phthisiques : il est funeste quand les tubercules sont ramollis ; il l'est tout autant, peut-être, quand aucune lésion locale ne décèle encore la maladie qui va devenir si grave.

Mais le fer n'est donné, en général, que lorsque surviennent quelques signes de chlorose ; et c'est ici que le médecin a besoin de toute son attention, de toute sa sagacité, pour ne pas faire un mal irréparable.

Nous avons vu que le cancer, que l'albuminurie produisaient une anémie spéciale ; il en est peut-être de même des tubercules.

Les considérations suivantes vont montrer, en effet, qu'il y a entre l'anémie chlorotique et l'anémie tuberculeuse certaines différences essentielles.

Et, d'abord, non-seulement nous croyons ces deux affections dissemblables, nous inclinons de plus à les croire opposées ou antagonistes. La chlorose bien caractérisée nous paraît exclure assez généralement la phthisie tuberculeuse, ou tout au moins retarder beaucoup l'explosion de cette redoutable maladie, et, par conséquent, l'anémie chlorotique exclure aussi l'autre anémie.

Voilà, entre ces deux cachexies, une différence de nature accusée par la répugnance des deux affections à exister simultanément à un haut degré.

La thérapeutique vient, de son côté, attester cette différence. Elle nous montre le fer modifiant très-heureusement l'anémie chlorotique, et très-fâcheusement l'anémie tuberculeuse dans la plupart des cas.

Il est sans doute peu de praticiens qui, chez de jeunes filles issues de parents poitrinaires, ou qui ont eu elles-mêmes, dans leur enfance, des accidents scrofuleux, n'aient vu, vers l'âge de la puberté, se manifester une anémie dont tous les symptômes paraissaient ceux de la chlorose. La maladie était rebelle, elle cédait malaisément aux préparations ferrugineuses, s'accompagnait quelquefois de diarrhée, de toux, avait, dans certains cas, été précédée d'hémoptysie. Quelquefois elle ne se révélait par rien qui mît sur la voie d'une affection tuberculeuse. Je veux bien admettre que la malade était anémique ; mais je me demande si cette anémie, au lieu d'être franchement chlorotique, n'était pas le symptôme d'une diathèse qui, avant de se manifester par des lésions locales graves, préludait par une altération du sang et par des troubles fonctionnels peu inquiétants, qui, à l'âge de la puberté, ressemblent singulièrement à la chlorose, et ne sont peut-être qu'une chlorose gênée dans son développement par la coexistence d'une autre diathèse.

Il est vrai de dire que l'auscultation, pratiquée avec le soin le plus minutieux, n'apprend rien de la diathèse tuberculeuse ; mais à défaut de signes physiques, à défaut de symptômes, il est quelques données qui pourront éclairer le médecin. La santé des parents, l'histoire des accidents éprouvés par la jeune malade dans sa première enfance, deviendront de précieux indices, et devront faire craindre l'explosion d'une maladie qui pardonne trop rarement.

Or, il est bien évident pour moi que l'existence de cette fausse chlorose, ou de cette chlorose incomplète, chez les femmes prédisposées aux tubercules, est un gage d'immunité, en ce sens que l'appauvrissement du sang rend moins fréquentes les phlegmasies pulmonaires, à la suite desquelles les tubercules se manifestent et se ramollissent avec tant de rapidité ; et ce fait pratique, dont j'ai douté bien longtemps, et qui, aujourd'hui, me semble incontestable, a cela d'important qu'il fera au médecin le devoir de ne jamais administrer le fer dans ces pseudo-chloroses toutes les fois qu'il y aura lieu de craindre des tubercules. Depuis plusieurs années déjà, je ne m'écarte plus de cette règle, tandis que,

naguère, en suivant la voie commune, je voyais assez souvent la phthisie se manifester dès que, sous l'influence des préparations ferrugineuses, l'appareil de la circulation semblait surexcité.

J'établis donc en principe que l'anémie chlorotique mal caractérisée des jeunes filles disposées aux tubercules retarde l'explosion des phlegmasies tuberculeuses désorganisatrices et de la fièvre de même nature ; que le fer, en rendant au sang ses qualités excitantes, provoque et cette fièvre et ces phlegmasies, et qu'il avance, par conséquent, la fin de ceux qui sont destinés à mourir phthisiques.

Toutes les fois donc que je constate les indications les plus spécieusement pressantes des préparations martiales, je lutte et contre le vœu des parents et contre l'autorité de mes confrères, dès que j'ai lieu de redouter l'existence d'une diathèse tuberculeuse ; à plus forte raison le dois-je faire lorsque quelques hémoptysies, la diarrhée chronique, des scrofules, rendent plus évidente la disposition que je soupçonnais.

Je sais que, sur ce point de pratique, je suis en dissidence avec la plupart des médecins ; mais depuis que j'ai appelé l'attention sur ce point encore obscur de la thérapeutique et de la pathologie, j'ai déjà vu des praticiens recommandables adopter des idées contre lesquelles ils avaient cru devoir lutter d'abord.

L'espèce d'antagonisme que j'ai cru observer entre la phthisie et la chlorose vient se placer à côté de celui sur lequel M. Boudin appelle, depuis plusieurs années, l'attention du public médical. Ce pathologiste distingué établit que la phthisie tuberculeuse est une maladie rare dans les lieux soumis aux influences marécageuses. Je me sens porté vers son opinion ; mais je pense avec lui que, pour que l'immunité soit réelle, il faut que l'infection miasmatique soit portée jusqu'à la cachexie ou jusqu'à l'anémie miasmatique.

L'anémie qui suit les fièvres intermittentes a été, depuis bien des siècles, indiquée et décrite ; mais c'est à M. Bretonneau, du moins je le pense, qu'on doit d'avoir bien démontré que l'anémie n'était pas la conséquence de la fièvre, mais celle de l'empoisonnement miasmatique ; ce qui n'est pas la même chose.

Il a fait voir que les enfants qui naissent dans les pays marécageux viennent au monde décolorés, et que, plus tard, cette décoloration devient extrême, en même temps que la rate s'engorge, sans que, pourtant, ils aient eu la fièvre intermittente. Si des adultes, bien colorés, quittent un territoire sec et élevé pour venir habiter, pendant l'été, un pays infesté de fièvres, quelques-uns d'entre eux pâliront notablement (et cela s'observe sur-

tout chez les femmes dont le sang menstruel se décolorera), et les accès de fièvre pourront ne se manifester que beaucoup plus tard. On ne peut donc, dans ce cas, se refuser à admettre une cachexie miasmatique, qui fera de bien plus rapides progrès lorsque seront survenus les premiers accès de fièvre.

Cette anémie, qui se manifeste avec une rapidité très-grande chez les petits enfants et chez les femmes, est du nombre de celles qui, sans doute, pourront être quelque peu modifiées par le fer, mais qui ne seront pas nettement et facilement guéries.

Cette anémie, au contraire, cède avec une facilité remarquable aux préparations de quinquina.

Il entrait, cette année, dans mon service de petits enfants à l'hôpital Necker, un enfant de quatorze mois, qui avait été élevé dans un pays marécageux, et qui était dans un état d'anémie profonde. Il y avait de la sérosité épanchée dans le péritoine, la rate avait un volume considérable. Il y avait eu, quelque temps auparavant, des accès de fièvre périodique. Le fer, que je donnai d'abord, ne produisit rien de bien; mais l'administration de la quinine brute, longtemps et méthodiquement continuée, redonna au sang sa coloration normale et rétablit complètement la santé.

Dans le traitement de l'anémie miasmatique, c'est donc au quinquina qu'il faut avoir recours; il y faut avoir recours parce que le quinquina est le remède de l'empoisonnement miasmatique. Le fer ici est un palliatif impuissant; le quinquina est curatif.

Ce que je viens de dire de l'anémie miasmatique, je l'appliquerai à l'anémie syphilitique. Cette anémie, rare chez les adultes, est, au contraire, très-commune dans les premiers mois de la vie. J'ai presque toujours, dans mes salles de l'hôpital Necker, des enfants atteints de syphilis constitutionnelle; outre les tubercules plats des fesses et des cuisses, les macules, les taches bistrées de la peau, la chute des cils et des sourcils, les ulcérations spéciales de la bouche, le coryza chronique, on peut observer une pâleur telle, que les enfants semblent avoir perdu une grande quantité de sang. Ici encore, comme dans l'anémie dont je viens de parler, les martiaux ne peuvent rien, tandis que la liqueur de Van Swieten, administrée à l'enfant à la dose d'un gramme par jour, les mercuriaux donnés à la nourrice, en même temps qu'ils font assez souvent disparaître tous les accidents extérieurs, rendent à l'enfant la coloration normale et rétablissent toutes les fonctions profondément troublées.

Il me resterait encore à parler de quelques autres formes chroniques de l'anémie; mais ce que j'ai dit suffira, je l'espère, pour appeler l'attention des praticiens sur une question plus heureu-

sement traitée, suivant moi, au point de vue anatomo-pathologique qu'au point de vue thérapeutique.

J'aurais aussi à parler d'une forme aiguë de l'anémie que l'on observe souvent chez les femmes nouvellement accouchées, lors même qu'il n'y a point eu d'hémorrhagies, anémie ordinairement accompagnée de fièvre, et fréquemment mortelle; mais l'étude de cette maladie singulière et encore peu connue m'entraînerait aujourd'hui trop loin : j'aime mieux en faire l'objet d'un travail particulier.

---

6. *Sur le traitement des maladies scrofuleuses;* par le docteur S. Sandras.

(Bulletin général de Thérapeutique, juillet 1845.)

Faisons d'abord l'histoire des cas que j'ai observés; puis je dirai comment j'ai procédé.

Je n'ai presque pas vu d'enfants scrofuleux très-jeunes; mais j'en ai traité quelques-uns au-dessous de neuf ou dix ans. La grande majorité avait atteint ou dépassé l'époque où commence l'âge adulte. J'ai eu des hommes et des femmes, quoique cependant un plus grand nombre de ces dernières.

J'ai vu dans tous les cas, chez tous ces malades, un état complexe : général, c'est-à-dire cause de tous les autres; et local, expression diverse de la même cause primitive, occupant ensemble ou séparément un ou plusieurs systèmes d'organes. Cet état complexe embrasse à la fois tous les phénomènes de la maladie; de telle façon que les uns peuvent remplacer les autres dans le même sujet, que les uns suivent les autres comme différents degrés de la même chose, que les uns et les autres disparaissent également quand on arrive à la guérison. C'est un tout dans lequel on peut distinguer des variétés de place, de siége, de forme, de coïncidence, de durée, d'indications thérapeutiques; mais ce tout n'en est pas moins un : il a une base commune, une évolution d'ensemble, une thérapeutique bien circonscrite. Dans ce que j'ai vu, j'ai acquis toutes les preuves désirables de l'unité de la maladie scrofuleuse, tout en remarquant les formes diverses sous lesquelles elle se cache et peut se retrouver.

L'état général a toujours été traduit à mes yeux par une exagération de certains caractères que les auteurs attribuent au tempérament lymphatique. Mais je dois dire que ces caractères ne sont ni la couleur blonde des cheveux, ni les yeux bleus, ni le caractère apathique, ni l'intelligence ou la sottise naturelles, ni les grands cils et les beaux cheveux, ni la blancheur de la peau. Toutes ces circonstances m'ont paru fort indifférentes; car, en

ce qui les regarde, j'ai rencontré à chaque instant du pour et du contre. Ce que j'ai vu, ce qui m'a parn constant, c'est une certaine flaccidité ou au moins un empâtement notable des chairs, des formes, des contours; un volume considérable du tissu spongieux des os, une bouffissure générale des endroits où sont des ganglions lymphatiques nombreux, des engorgements chroniques de ces ganglions, une abondante exhalation à la surface des muqueuses, particulièrement aux points où elles viennent se confondre avec la peau ; un gonflement marqué de la peau et du tissu cellulaire sous-jacent vers ces points, comme au nez, aux lèvres, autour des yeux ; puis, dans un degré plus avancé, des engorgements chroniques et plus ou moins avancés dans leur suppuration, des ganglions du cou, de la nuque, de l'aisselle, des coudes, des pieds, des jambes, des mamelles; des caries aux extrémités spongieuses des os longs des membres, aux petits os courts et spongieux, comme les vertèbres, les os du tarse ou du carpe; aux os plats et spongieux, comme ceux de la tête, du sternum, du bassin ; aux os spongieux et longs, comme les côtes; puis des inflammations, des ulcérations particulières de la peau, des muqueuses, des conjonctives. A tous ces caractères communs, à la simultanéité de tous ces caractères dans quelques cas, à l'évolution réglée de la plupart d'entre eux, il m'a toujours paru impossible de ne pas retrouver une identité assurée d'origine, et, par conséquent, j'ai cru devoir toujours faire la même guerre, une guerre de principe.

Ici se présenteraient manifestement à examiner plusieurs questions intéressantes : une question d'origine, une question d'hérédité, une question de développement; mais ces questions importantes demanderaient bien d'autres recherches que les miennes pour être résolues ou même sérieusement entreprises : elles sortiraient d'ailleurs tout à fait du cercle qui m'est ici tracé et que je désire remplir utilement. Je les laisse donc de côté, et prenant tout simplement les faits comme je les ai vus, j'expose comment j'ai compris et traité la matière.

L'état scrofuleux général m'a paru demander un traitement général ; c'est une base que j'ai toujours cherché à me donner : aux accidents divers j'ai travaillé ensuite à opposer un moyen convenable, tout en ne perdant pas de vue les prémisses que je viens de poser. C'est là ce que j'ai vu et fait, ce que j'expose ici. Je répète que souvent la nature a répondu heureusement aux deux indications que je viens de poser.

Pour remédier à l'état général, j'invoque à la fois et l'hygiène et la pharmacie. Ainsi :

1° Je tiens mes malades, autant que possible, à une bonne et fortifiante alimentation. Pour cela, je consulte d'abord leur appétit, et j'ai soin qu'ils aient toujours des viandes fortes; autant que faire se peut, je demande qu'elles soient rôties ou grillées; puis du pain, des légumes féculents, des soupes substantielles, et une quantité modérée de vin qu'on doit boire trempé. Cette nourriture mélangée est en général très-bien supportée, et beaucoup mieux qu'une nourriture exclusive; aussi, même en ville, où l'on pourrait faire autrement, c'est elle que je préfère.

2° Je recommande l'exercice, et j'entends par là du mouvement musculaire porté jusqu'à la fatigue, mais pas au delà; cet exercice me paraît d'autant plus salutaire qu'il est pris en plein air et parmi des arbres. Il est d'autant mieux supporté qu'il est mêlé d'occupations utiles et agréables.

3° Il y a trois sortes de bains que j'emploie pour les scrofuleux : ce sont les bains gélatineux, alcalins, sulfureux. Deux autres sortes de bains me paraissent encore utiles : ce sont les alcooliques et les bains iodés; mais les derniers sont fort dispendieux, et les premiers sont accompagnés de tant d'inconvénients dans les établissements publics, que j'y ai renoncé d'autant plus facilement que les trois premiers dont j'ai parlé m'ont toujours paru satisfaire convenablement à presque toutes les indications.

Je prescris les bains gélatineux toutes les fois que j'ai besoin d'appliquer immédiatement sur la peau un liquide émollient et relâchant; quand il y a irritation, soit générale, soit locale, et que je juge convenable de baigner sans affaiblir.

Les bains alcalins, que je fais faire avec de la soude ou même avec du savon ordinaire, sont employés quand je ne crains pas une certaine nuance d'irritation, quand je veux, comme on dit, déterger. Ils sont plus fortifiants que les précédents, moins relâchants, et me paraissent agir utilement sur les surfaces des ulcérations mollasses si communes dans ces maladies. Ils ont, comme calmants, presque les effets d'un bain, n'affaiblissent pas, et, localement, donnent de l'activité aux tissus.

Enfin, les bains sulfureux montrent encore plus d'action irritante. Je m'en sers pour exciter généralement et localement ces natures indolentes. Je ne crains pas de les multiplier, car leur action tonique les rend toujours utiles et opportuns, toutes les fois que je ne vois pas quelque irritation extérieure assez vive à ménager. Ils ont souvent pour moi tous les bons effets des lotions aqueuses, sans avoir les inconvénients que l'eau simple ne

manque guère de produire chez les scrofuleux, en les relâchant, surtout quand elle est tiède.

4° Enfin, indépendamment des moyens accessoires que les circonstances intercurrentes peuvent réclamer, j'invoque contre l'état général scrofuleux trois moyens principaux que j'introduis tous les trois par la digestion : ces trois moyens sont l'iode, l'extrait de noyer et le fer.

J'ai fait prendre l'iode sous différentes formes : à l'état de teinture alcoolique, sous forme d'hydriodate ioduré de potasse; en solution simple comme iodure de potassium ; en pilules, à l'état d'iodure de fer ; quelquefois à l'état de proto-iodure de mercure, ou dans l'huile de foie de morue. Sous toutes ces formes, dans les cas dont il s'agit, l'iode a toujours dû être employé longtemps ; il a fallu, par conséquent, s'en tenir à d'assez petites doses. J'ai trouvé la teinture d'iode, l'hydriodate ioduré, l'iodure de fer, trop faciles à altérer pour être d'un usage et d'une conservation commodes; l'huile de foie trop dégoûtante. Le proto-iodure de mercure ne m'a rien fait voir de bien héroïque dans les maladies scrofuleuses ordinaires : l'iodure de potassium en solution est à peu près le seul, additionné ou non d'iode en nature, dont je me sers aujourd'hui. Je dois ajouter que ces médicaments m'ont donné quelques succès satisfaisants, en les combinant avec les autres moyens dont je viens de parler et avec ceux dont je traiterai plus tard ; mais depuis deux ans que je m'en sers beaucoup moins, je ne vois pas aller plus mal les maladies scrofuleuses que je traite. L'iode n'est donc pas exclusivement l'agent de guérison dans ces maladies, et je suis forcé de dire que je ne lui trouve pas à cet égard l'efficacité merveilleuse et toute spécifique que quelques personnes lui attribuent. Les formes sous lesquelles il se donne ne m'ont pas présenté plus d'avantages thérapeutiques l'une que l'autre, et j'avoue que je me trouve heureux de pouvoir presque partout remplacer l'iode par un médicament plus commun, plus facile à administrer, plus utile dans l'œuvre de la digestion, et tout aussi efficace contre la maladie scrofuleuse.

Ce médicament, c'est l'extrait de feuilles de noyer.

On le donne tous les jours, dans mon service, sous forme de sirop, et il s'avale ainsi par cuillerées à bouche à une ou plusieurs reprises sans aucun trouble apparent d'aucune fonction. En ville, je le fais ainsi prendre en sirop ou combiné avec le chocolat, et l'effet de ces deux préparations me paraît également bon. Je dois ajouter, car c'est quelque chose pour des médicaments qu'on doit prendre longtemps, que jamais ces préparations avalées

matin et soir à jeun n'ont causé de dégoût, ni dérangé l'estomac, à moins qu'on n'ait voulu forcer les doses.

Sous l'influence de cette médication, l'appétit ou se conserve ou s'augmente, la digestion se fait bien, les forces et les couleurs reviennent, l'aspect scrofuleux fait place à une apparence meilleure. C'est là tout ce que j'ai vu médicalement arriver, en tenant, bien entendu, mes malades au milieu de tous les soins spéciaux dont j'ai parlé jusqu'ici, ou dont je vais indiquer les détails.

Quant au fer, je le regarde comme un auxiliaire utile dans un très-grand nombre de cas. Rien n'est plus commun chez les scrofuleux que la mollesse des tissus, la décoloration de la peau, l'anémie ou la chlorose. Le fer jouit alors d'une efficacité incontestable. Je l'emploie donc généralement chez tous les sujets étiolés; à plus forte raison chez les jeunes filles scrofuleuses qui touchent à l'époque où la menstruation va s'établir, ou qui l'ont traversée sans que cette fonction ait pris le développement et la régularité convenables.

Je conseille alors le fer au commencement de chaque repas, et je n'ai jamais vu qu'il ait eu le moindre effet fâcheux d'aucune sorte. Il cause bien un peu de constipation; mais cet inconvénient n'a rien de grave, parce qu'il est toujours facile d'y remédier : je ne lui connais pas d'autre défaut.

La préparation ferrugineuse que je préfère est celle qu'on appelle pilules de Vallet. Le fer est, sous cette forme, facilement pris et digéré à l'état d'oxydation le plus utile. Je donne 2 ou 4 de ces pilules chaque jour, et n'ai jamais eu occasion de m'en repentir.

Telles sont les bases du traitement général antiscrofuleux que l'expérience a confirmées sous mes yeux ; je ne m'en écarte pas, autant que possible, dans tous les cas de scrofules que je soigne. Les détails dans lesquels je vais entrer relativement aux accidents spéciaux qui se sont présentés sous mes yeux, ne sont pour ainsi dire que surajoutés, suivant les indications, aux préceptes généraux que je viens de formuler. Ceci était de la médecine de la maladie; ce qui me reste à dire sera, si l'on veut, la médecine du symptôme. (*La suite à un prochain numéro.*)

---

7 *De la nature, du siége et des indications thérapeutiques de l'épilepsie.* — Hôpital de la Salpêtrière.

(Annales de Thérapeutique de Rognetta, août 1845.)

Obs. I. — Marguerite Royer, veuve Doligez, couturiére, âgée

de 78 ans, était entrée, en janvier 1831, à l'hospice de la Salpêtrière. Elle avait alors fréquemment les *grandes* et les *petites* attaques d'épilepsie ; mais depuis un certain nombre d'années, ces attaques allaient en diminuant de fréquence et d'intensité, et, à cela près, cette femme jouissait d'une santé passable, lorsque, dans la soirée du 2 janvier 1845, après avoir accusé de la céphalalgie, elle tomba tout à coup, privée de connaissance, de sensibilité et de mouvement. Il n'y eut point de convulsions, la résolution générale des membres et l'état comateux persistèrent malgré divers moyens de traitement appropriés, et la malade succomba 12 heures après l'accident.

L'*autopsie* fut faite 24 heures après la mort. On ne trouva dans les centres nerveux rien autre chose qu'un vaste foyer apoplectique bien circonscrit au centre de la protubérance annulaire. Néanmoins, il y avait injection des méninges et un état sablé de la pulpe cérébrale ; de plus, quelques points d'ossification dans les parois du tronc basilaire et du polygone artériel, situé à la base du cerveau ; mais aucune adhérence de la pie-mère aux circonvolutions cérébrales et cérébelleuses. Le cerveau et le cervelet coupés par tranches très-minces, et examinés avec soin, n'offrent aucune altération. La consistance et la coloration de la pulpe cérébrale sont tout à fait normales. Une cuillerée de sérosité environ existe dans les ventricules latéraux. — La moelle épinière ne fut point examinée. — Les poumons étaient sains, le cœur volumineux, les parois du ventricule gauche beaucoup plus épaisses que dans l'état normal ; quelques plaques cartilagineuses existaient à la base des valvules sigmoïdes de l'aorte. Aucune altération dans les viscères abdominaux.

Obs. II. — Louise Sandre, âgée de 20 ans, célibataire, tempérament scrofuleux, entre à l'hospice de la Salpêtrière en avril 1839. Son père est très-épileptique ; son grand-père paternel est mort aliéné. Dès les premiers mois de sa vie, Sandre a eu beaucoup de convulsions ; ces convulsions ont été remplacées par de violents maux de tête et des vertiges épileptiques ; plus tard, les *grandes* attaques épileptiques, avec perte de connaissance, convulsions, etc., se sont manifestées et reproduites environ une fois par mois, jusqu'à l'âge de 14 ans ; ensuite elles ont augmenté de fréquence et sont revenues tous les huit jours. Depuis un an environ, les attaques sont devenues très-rares ; mais la malade a présenté successivement tous les symptômes de la phthisie pulmonaire, et a succombé à cette affection le 2 février 1845.

A l'*autopsie*, j'ai trouvé de vastes cavernes dans l'épaisseur du poumon gauche et le poumon droit, dans presque toute son éten-

due farci de tubercules à l'état cru. Le cœur et les viscères abdominaux n'ont présenté aucune altération notable. — Dans les centres nerveux, voici ce que j'ai pu constater : épaississement des os du crâne, et en particulier du frontal ; adhérence de la dure-mère avec les autres membranes sous-jacentes, dans l'étendue de deux pouces environ, le long des bords de la grande scissure interlobaire ; dans les mêmes points, adhérence de la pie-mère avec la surface des circonvolutions cérébrales ; impossibilité de détacher la pie-mère de la surface des hémisphères sans entraîner avec elle une petite couche très-mince de substance cérébrale. Ces traces de ramollissement n'existent que là où se voient les adhérences que j'ai signalées. Telles sont les altérations qui s'observent sur la convexité des hémisphères.—Maintenant, à la base et au niveau des lobes postérieurs du cerveau, on rencontre des adhérences établies entre certaines anfractuosités ; ces adhérences sont formées non-seulement par les vaisseaux de la pie-mère, mais surtout par une trame de tissu cellulaire dense et résistant. — La substance cérébrale, coupée par tranches très-minces et examinée dans toutes les diverses parties constituantes de l'encéphale, n'offre aucune altération appréciable. Une cuillerée de sérosité parfaitement limpide existe dans les ventricules cérébraux. — La moelle épinière et ses enveloppes sont tout à fait dans leur état normal.

Obs. III.— Alexandrine Carré, célibataire, âgée de 33 ans, journalière, tempérament nerveux, était entrée, en septembre 1836, à la Salpêtrière pour de violents accès d'épilepsie, s'accompagnant souvent de manie furieuse. La répétition fréquente de ces attaques et l'existence simultanée de vertiges épileptiques ont amené promptement chez cette malade la ruine presque complète des facultés intellectuelles, un état de démence profonde. En même temps, la parole s'est embarrassée, elle est devenue convulsive, saccadée, et presque toujours accompagnée d'un ricanement singulier. Il n'y a point eu, du reste, de troubles appréciables dans les divers appareils des sens et de la locomotion. Cette malade présentait depuis longtemps déjà la plupart des symptômes d'un emphysème pulmonaire double, lorsque, dans les premiers jours de février 1845, elle fut prise d'une pneumonie légère, quoique assez bien caractérisée ; elle succomba à cette affection quatorze jours après la manifestation des premiers symptômes.

L'*autopsie* fut faite le 18 février, 36 heures après la mort. On trouva, du côté des poumons, des adhérences de ces organes aux plèvres costales. Au lieu de s'affaisser après l'ablation de la paroi

thoracique antérieure, les poumons, et surtout celui du côté gauche, remplissent exactement la cavité de la poitrine; le bord antérieur du poumon gauche recouvre le cœur en totalité. — De plus, les deux poumons, dans leur moitié inférieure environ, sont le siége d'une hépatisation rouge bien caractérisée, avec un peu d'engouement dans les parties environnantes. — Point de lésion du cœur ni des viscères abdominaux.

Maintenant, du côté des centres nerveux, voici ce que j'ai trouvé : — Les os du crâne et les enveloppes diverses de l'encéphale ne présentent aucune altération. Les circonvolutions sont bien développées, d'une consistance ordinaire, et n'offrent point d'adhérences avec la pie-mère. Sur la face inférieure des lobes antérieurs du cerveau, au niveau de l'anfractuosité des nerfs olfactifs, existent deux ulcérations qui ont chacune environ deux centimètres de long sur un centimètre de large; à gauche, l'ulcération empiète un peu sur l'extrémité antérieure du lobe moyen du cerveau. Ces ulcérations sont assez superficielles et d'un aspect jaunâtre bien prononcé. Cependant, à droite, l'ulcération s'étend à plusieurs lignes de profondeur, et constitue dans ce point une dépression, ou plutôt une véritable perte de substance capable de loger un œuf de pigeon. L'extrémité antérieure des nerfs olfactifs, à droite comme à gauche, est complètement détruite. Le reste de ces nerfs ne présente d'autre altération qu'une coloration jaunâtre. Vers la partie centrale de ces ulcérations, la pie-mère et l'arachnoïde ont subi une véritable solution de continuité, dont les bords inégaux et déchiquetés présentent un grand nombre de petits lambeaux membraneux colorés en jaune comme l'ulcération. Si l'on enlève avec précaution la pie-mère et l'arachnoïde de la surface des circonvolutions, on voit que, sur les limites de l'ulcération, la première de ces membranes entraîne avec elle une couche mince de substance cérébrale; ces adhérences n'existent que dans une étendue de quelques lignes au pourtour des surfaces ulcérées. Du reste, la pulpe cérébrale qui est le siége de l'ulcération est notablement ramollie, et ce ramollissement paraît s'étendre à deux lignes de profondeur environ. Le reste de l'encéphale a été coupé par tranches très-minces et n'a offert aucune altération appréciable. La moelle épinière et ses enveloppes sont parfaitement saines dans toute leur étendue.

Obs. IV. — Une femme, âgée de 47 ans, nommée Justine Monchablon, tempérament sanguin, taille élevée, constitution athlétique, entre à la Salpêtrière, le 9 janvier 1843, dans la division des épileptiques. — Cette femme est née de parents

sains ; mais sa grand'mère était épileptique. L'étiologie de sa maladie repose, du reste, sur des chagrins résultant de la mort de son père et de l'abandon de son mari. A la suite de ces chagrins, Monchablon a eu des accès d'épilepsie qui ont été rapidement en augmentant de fréquence et d'intensité, à tel point qu'elle en a éprouvé jusqu'à 30 et 40 dans l'espace de 24 heures. — En avril 1844, cette malade éprouva des accès épileptiques d'une violence extrême pendant toute une nuit, et le lendemain on la trouva frappée d'hémiplégie de tout le côté droit du corps. Les mouvements se rétablirent un peu à la longue dans le côté paralysé ; mais il resta de la faiblesse, une impuissance marquée des membres supérieur et inférieur, plus de la dysurie et une constipation opiniâtre. — Au mois d'août dernier, à la suite d'une grande attaque d'épilepsie, il y a eu un accès de manie aiguë portée jusqu'à la fureur. Depuis lors, les attaques d'épilepsie ne se sont manifestées que deux fois seulement, et elles n'ont pas été suivies d'exaltation maniaque. Ces divers ébranlements du système nerveux ont, depuis trois ans environ, altéré d'une manière progressive les facultés intellectuelles ; et lorsque la malade est entrée dans la division, elle était plongée dans un état profond de démence.—Le 20 janvier, la malade éprouve un violent accès d'épilepsie, à la suite duquel se déclare une nouvelle hémiplégie du côté droit et tout à fait complète. Sous l'influence d'une saignée et de l'application de divers moyens appropriés, la paralysie redevient ce qu'elle était auparavant, c'est-à-dire incomplète ; mais au bout de quelques jours, il survient de l'agitation, puis du délire : ce délire est accompagné de vociférations continuelles, puis il disparaît pour se reproduire au bout de quinze jours environ. Cependant des eschares se forment aux régions sacrée et trochantérienne ; la constitution se détériore et s'altère profondément ; il survient de la diarrhée, et enfin la malade succombe le 3 mars 1845.

L'*autopsie* fut faite 36 heures après la mort. Je trouvai les os du crâne bien conformés, la dure-mère tout à fait dans son état normal ; mais l'arachnoïde et la pie-mère renfermaient au moins trois ou quatre cuillerées de sérosité limpide et parfaitement transparente : l'infiltration du tissu cellulaire sous-arachnoïdien semblait être surtout bien prononcée, et formait à la surface extérieure de l'encéphale une couche uniforme, tremblotante et comme gélatineuse. La pie-mère est notablement congestionnée, mais ne présente aucune adhérence anormale avec les circonvolutions cérébrales et cérébelleuses. Çà et là, on voit certaines circonvolutions petites et comme atrophiées ; d'autres

sont notablement déprimées; mais toutes paraissent être d'une consistance normale. Rien de particulier pour la coloration de la pulpe cérébrale, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur. — Vers la partie centrale du lobe antérieur du cerveau, du côté gauche, existe la trace d'un ancien foyer apoplectique : c'est une petite cavité qui pourrait encore loger un corps du volume d'un pois ordinaire, et qui renferme quelques gouttes d'un liquide jaune-roussâtre. — Les ventricules du cerveau ne renferment qu'une demi-cuillerée de sérosité claire, transparente, et ne sont le siége d'aucune altération anatomique appréciable, pas plus que toutes les autres parties constituantes du cerveau et du cervelet. Seulement la protubérance annulaire est encore le siége de quatre petits foyers apoplectiques anciens, bien isolés, et dont le plus grand pourrait recevoir un corps du volume d'une lentille. Les trois autres sont un peu plus petits. Tous renferment quelques gouttes de liquide jaunâtre, et leurs parois présentent la même coloration et un léger degré de ramollissement. — La moelle épinière n'a pas été examinée.

Quant à l'état des poumons, je les ai trouvés emphysémateux dans une grande partie de leur étendue. Les bronches étaient remplies d'écume. Du reste, nulle autre altération. Le cœur est volumineux, mais sans altération. Tous les viscères abdominaux sont sains; seulement on trouve dans l'épaisseur du ligament large, du côté droit, un kyste qui renferme environ un verre de liquide tout à fait transparent.

Obs. V. — Marie-Claude Bomicière, âgée de 70 ans, célibataire, d'une faible constitution, tempérament nerveux, se trouve dans la section des épileptiques de la Salpêtrière depuis vingt-cinq ans. Elle est sujette depuis sa naissance à des accès d'épilepsie dont elle ignore la cause, et qui ne peuvent être rattachés à une influence héréditaire. Ces attaques épileptiques se sont presque toujours manifestées d'une manière irrégulière, et leur fréquence a été en décroissant avec l'âge. Elle éprouve aussi des vertiges, mais seulement à des intervalles très-éloignés. La raison n'est pas troublée; mais il y a faiblesse intellectuelle, un premier degré de démence sénile. Les organes du sens et du mouvement sont à peu près dans un état normal. A part ses attaques d'épilepsie, la malade jouissait encore habituellement d'une assez bonne santé, eu égard à sa constitution délicate et à son âge avancé, lorsque, à la suite d'un refroidissement, elle fut prise, le 25 mars dernier, d'une bronchite très-intense. A la bronchite s'ajoutèrent bientôt les signes d'une pneumonie au premier degré, et quarante-huit heures après l'invasion de ces

divers phénomènes, la malade a succombé sans que le traitement antiphlogistique, mis en usage, eût pu enrayer la marche de la broncho-pneumonie.

L'*autopsie* fut faite le 28 mars, 26 heures après la mort. Je trouvai les deux poumons fortement engoués et un léger degré d'hépatisation rouge du côté gauche. Les bronches étaient remplies d'une énorme quantité d'écume, et la muqueuse était d'un rouge très-vif le long des bronches et des ramifications bronchiques. La membrane muqueuse de la trachée offrait aussi des traces évidentes d'inflammation ; mais rien de semblable sur la muqueuse du larynx. — Le cœur est volumineux et rempli de caillots fibrineux ; mais il n'est le siége d'aucune lésion organique appréciable. Quelques plaques cartilagineuses se voient çà et là dans l'intérieur de l'aorte thoracique. Au reste, tous les viscères abdominaux sont parfaitement sains.

A la tête, on trouve les os du crâne minces et fragiles, la dure-mère sans adhérences anormales; l'arachnoïde renferme environ trois cuillerées de sérosité transparente. La pie-mère se détache facilement de la surface des circonvolutions et n'a point contracté avec elle d'adhérences vicieuses. Rien de particulier pour la consistance et la coloration de la pulpe cérébrale. Rien dans les ventricules cérébraux, si ce n'est une petite tumeur rougeâtre, du volume d'un haricot, qui se trouve en partie logée dans la paroi externe du ventricule latéral gauche, et qui fait en partie saillie dans l'intérieur du ventricule. Dans le centre du corps strié du même côté existe une cavité à parois jaunâtres, comme les quelques gouttes de liquide qu'elle renferme, et qui pourrait admettre un corps du volume d'un pois ordinaire. (Il n'y avait point d'hémiplégie durant la vie.) Toutes les autres parties constituantes des centres nerveux ont été trouvées parfaitement saines. — La moelle épinière et ses enveloppes n'étaient le siége d'aucune altération appréciable.

Obs. VI. — Angélique Héronard, âgée de 15 ans, d'un tempérament lymphatique, entre à l'hospice de la Salpêtrière en novembre 1843. A l'âge de 9 ans, à la suite d'une vive frayeur, elle tomba pour la première fois du haut mal, et depuis lors elle n'a pas cessé d'avoir des attaques et des vertiges épileptiques qui se sont répétés les uns et les autres avec fréquence et intensité ; plusieurs fois même il y a eu des *états de mal* de longue durée. L'invasion de l'épilepsie a été bientôt suivie d'un affaiblissement notable de l'intelligence, de la mémoire et du mouvement; ensuite ces phénomènes ont été croissants d'une manière rapide, et en quelques années la malade a été précipitée dans un état de

démence des plus profondes, avec paralysie des extrémités inférieures, de la vessie et du rectum. Le 30 mars dernier, elle a succombé presque subitement à la suite d'un violent accès d'épilepsie.

L'*autopsie* a été faite 27 heures après la mort. J'ai trouvé le cuir chevelu très-injecté, les os du crâne minces, également gorgés de sang. La face interne des os du crâne, et en particulier celle du coronal, est remarquable par la profondeur des impressions digitales, à tel point qu'au niveau de quelques-unes de ces impressions le temporal est translucide et n'a pas une ligne d'épaisseur. Il n'y a point d'adhérences vicieuses de la dure-mère; mais cette membrane est rouge çà et là par des espèces de plaques hémorrhagiques. La cavité de l'arachnoïde renferme une très-grande quantité de sérosité, qui est surtout visible et accumulée dans les espaces sous-arachnoïdiens antérieur et postérieur. La pie-mère est rouge et injectée de sang; mais elle n'adhère pas aux circonvolutions. Celles-ci sont très-larges, très-développées, et donnent au toucher la sensation d'une fluctuation profonde. Cette fluctuation est due à une hydropisie considérable des ventricules du cerveau. Après l'ouverture de ces ventricules, j'ai pu en retirer 600 grammes, c'est-à-dire plus d'un demi-litre de sérosité. Cette sérosité est parfaitement transparente; son accumulation dans les ventricules cérébraux en avait amené la déformation. Le septum lucidum était détruit; par conséquent, les deux ventricules latéraux communiquaient directement l'un avec l'autre et formaient une vaste poche capable de loger le poing d'un adulte. Quant aux hémisphères cérébraux et à toutes les parties constituantes de l'encéphale, elles n'ont présenté aucune altération anatomique appréciable, sauf un état pointillé de la pulpe cérébrale. — Le cervelet était sain à sa surface, comme dans sa profondeur. — Les méninges rachidiennes m'ont semblé notablement injectées; mais la moelle épinière, examinée dans toute sa longueur, a été trouvée partout dans un état d'intégrité parfaite. — Quant aux viscères thoraciques et abdominaux, ils n'ont rien offert de particulier.

Obs. VII. — Marie Leloup, âgée de 37 ans, célibataire, tempérament nerveux, fut admise en 1827 à l'hospice de la Salpêtrière. Elle y entra comme atteinte d'idiotie au deuxième degré; puis, après un séjour de quelques années dans la section des idiotes, elle devint hystérique. Plus tard, les attaques d'hystérie se transformèrent en de véritables accès épileptiques nettement caractérisés, et la malade passa de la salle des idiotes dans celle des épileptiques. — Depuis quelques années, les accès d'épilepsie avaient pris chez cette malade un haut degré d'intensité; on

observait assez fréquemment *des états de mal* qui duraient plusieurs jours : la démence épileptique était venue se joindre à l'idiotie ; il y avait incontinence des urines et des matières fécales, et une paralysie incomplète des extrémités inférieures. Malgré ces désordres multiples, la constitution de la malade n'était pas encore trop détériorée, les fonctions nutritives s'accomplissaient avec beaucoup d'activité, lorsque, le 2 avril dernier, elle fut atteinte d'une série d'accès d'épilepsie au milieu desquels elle succomba, avant même qu'on fût arrivé à son secours.

A l'*autopsie*, qui fut faite 24 heures après la mort, je trouvai la peau de la face et du cou violacée, le cuir chevelu pénétré d'une grande quantité de sang ; les os du crâne, d'une dureté extraordinaire, étaient considérablement épaissis ; le frontal surtout et le pariétal du côté gauche avaient près de six lignes d'épaisseur. La dure-mère offrait quelques adhérences anormales avec les os, était rouge, injectée dans une grande partie de son étendue. Dans certains points, l'arachnoïde était épaissie, opaque et d'une grande densité ; ces altérations existaient surtout à la convexité des hémisphères, et plus particulièrement le long de la grande scissure interlobaire. L'hémisphère gauche était moins volumineux que le droit ; ce qui produisait un défaut de symétrie bien marqué. Les circonvolutions étaient peu développées ; il y en avait quelques-unes qui tranchaient considérablement par leurs petites dimensions avec les circonvolutions voisines. La pie-mère avait contracté avec elles quelques adhérences ; de plus, elle était vivement injectée. La surface de l'encéphale, et plus particulièrement la surface des circonvolutions cérébrales, présentait un état de mollesse très-appréciable. La substance cérébrale n'offrait rien qui fût en rapport avec l'injection trouvée dans les méninges. La coloration était à peu près normale. La surface du cervelet était légèrement ramollie, mais à un degré moindre que la surface du cerveau. Au reste, l'encéphale, ayant été coupé par tranches très-minces et examiné avec soin dans toutes ses parties, n'a présenté aucune altération. Dans le canal rachidien, j'ai trouvé les enveloppes de la moelle rouges et injectées de sang ; mais la moelle épinière m'a paru tout à fait à l'état normal. La plupart des viscères thoraciques et abdominaux étaient congestionnés assez fortement ; mais ils n'ont offert aucune altération organique locale.

Obs. VIII. — Marie Desprès, âgée de 58 ans, célibataire, tempérament nerveux, entre le 14 février 1844 dans la section des épileptiques de la Salpêtrière, avec des accidents nerveux convulsifs qui passèrent d'abord pour des phénomènes hystéri-

ques, mais sur la nature desquels on ne put se méprendre aussitôt qu'on eut occasion de les observer. Ils comprenaient en effet l'ensemble de tous les symptômes d'une grande attaque d'épilepsie bien caractérisée. Ces attaques étaient fréquentes, revenaient plusieurs fois par semaine, et assez souvent une série d'accès se succédaient presque coup sur coup dans une même attaque : il y avait encore chez cette malade un commencement de ce qu'on est convenu d'appeler l'*état de mal*. Ce furent des phénomènes de ce genre que la malade présenta dans la soirée du 1er avril dernier. Dans l'espace de cinq jours consécutifs, les accès épileptiques se succédèrent avec une si grande fréquence qu'on ne pouvait plus les compter ; ils étaient séparés les uns des autres par un état comateux profond dont la malade ne put sortir malgré tous les moyens qui furent mis en usage (saignées, révulsifs, antispasmodiques). Elle mourut le 6 avril à 5 heures du matin.

A l'*autopsie*, qui fut faite 27 heures après la mort, je trouvai la peau de la face, du cou et de la partie supérieure de la poitrine, violacée, le cuir chevelu médiocrement injecté, les os du crâne durs et d'une épaisseur ordinaire : point d'adhérences anormales de la dure-mère ; mais la surface externe de cette membrane était rouge et tachetée de sang dans une grande partie de son étendue, ce qui pouvait tenir à la déchirure des artères et veines méningées qui se trouvaient logées dans des sillons osseux beaucoup plus profonds que cela n'existe dans l'état normal. L'arachnoïde renfermait une assez grande quantité de sérosité ; la pie-mère était fortement congestionnée, mais non adhérente aux circonvolutions cérébrales qui sont fermes et bien développées. Les hémisphères cérébraux, coupés par tranches très-minces, sont le siége d'un état piqueté assez prononcé, mais ne présentent aucune altération locale. Il en est de même de toutes les autres parties constituantes du cerveau. Rien dans les ventricules. — Le cervelet offre, comme le cerveau, un certain degré de congestion. A cela près, il est sain dans toutes ses parties. La protubérance annulaire et la moelle épinière sont un peu congestionnées, comme les membranes qui les entourent ; leur consistance est peut-être un peu plus grande que dans l'état ordinaire. Point d'altération locale. Le cœur et les poumons ne présentent aucune lésion appréciable. Il en est de même des viscères abdominaux, sauf l'intestin grêle dont la muqueuse est le siége d'une légère inflammation.

Obs. IX. — Victoire Coulon, célibataire, âgée de 46 ans, d'un tempérament nerveux, très-irritable, est sujette à des accès d'épilepsie depuis l'âge de 23 ans. Les accès reviennent actuel-

lement environ une fois par semaine, indifféremment le jour et la nuit. Il existe, en outre, des vertiges beaucoup plus fréquents que les accès. La malade est tombée dans un état de démence profonde sans trouble notable des mouvements : elle a pu longtemps encore se livrer à des travaux manuels grossiers; mais depuis dix-huit mois environ, elle a présenté successivement les divers phénomènes qui caractérisent la phthisie pulmonaire à toutes ses périodes, et a fini par succomber à cette affection le 25 avril dernier, dans un état de marasme complet.

A l'*autopsie*, on a trouvé une vaste caverne au sommet du poumon gauche, et çà et là, dans le reste de son étendue, plusieurs autres cavernes très-petites, séparées les unes des autres par des tubercules à différents degrés de ramollissement. Le poumon droit était aussi farci de tubercules à l'état cru dans toute son étendue. Il n'y avait point de cavernes. — Le cœur était volumineux et rempli de caillots noirâtres. — Le foie offrait une dimension considérable; mais il était sain dans tous ses points, ainsi que les autres viscères abdominaux. Du côté des centres nerveux, on trouve le front étroit, aplati, fuyant en arrière; le crâne volumineux à la région occipitale, le cuir chevelu infiltré de sérosité, les os du crâne d'une dureté médiocre et d'une épaisseur normale; la dure-mère est à l'état sain. L'arachnoïde et la pie-mère renferment deux ou trois cuillerées de sérosité limpide. Il n'existe aucun épaississement ni aucune adhérence vicieuse de ces membranes avec la surface de l'encéphale. Les circonvolutions sont bien développées et d'une bonne consistance. Le cerveau et le cervelet, coupés par tranches très-minces, ne présentent aucune altération appréciable; il en est de même de toutes les autres parties constituantes des centres nerveux. — La moelle épinière, pour la consistance, la coloration et la texture, paraît être tout à fait à l'état normal. Il n'existe qu'un léger degré de congestion sanguine dans ses enveloppes.

Obs. X. — Marie Jollois, célibataire, âgée de 50 ans, tempérament nerveux, caractère violent, emporté, est entrée en 1813 à la Salpêtrière pour des attaques d'épilepsie très-fortes et très-fréquentes. Elle avait dès lors, à la suite de ces attaques, des accès de manie qui étaient souvent portés jusqu'à la fureur. Pendant son séjour dans la division, les attaques d'épilepsie n'ont pas cessé de se produire sous la même forme; elles se sont compliquées de vertiges épileptiques bien caractérisés, et, par suite, d'un état de démence très-avancé. Malgré ces divers désordres du système nerveux, la constitution s'était peu détériorée, et la santé générale restait assez bonne; la malade con-

tinuait de vaquer à ses occupations habituelles sans accuser la moindre souffrance du côté de l'appareil respiratoire, lorsqu'elle fut prise, le 23 avril dernier, d'une violente attaque d'épilepsie, à la suite de laquelle il y eut des accès de soffocation très-intenses qui firent périr la malade.

L'*autopsie* fut faite 26 heures après la mort. On trouva, à l'ouverture du thorax, des adhérences de la plèvre droite dans la plus grande partie de son étendue. Le poumon droit était le siége d'une hépatisation grise bien prononcée à la base ; il y avait, dans les lobes moyen et supérieur, de l'hépatisation rouge et de l'engouement. La plèvre et le poumon du côté gauche n'offraient aucune altération. — Le cœur était sain et contenait une grande quantité de caillots sanguins. — La rate était réduite à de très-petites dimensions : celle d'une pièce de cinq francs environ ; mais son tissu n'était pas altéré. — Tous les autres viscères abdominaux étaient à l'état normal. — La face était violacée, le cuir chevelu et les os du crâne fortement injectés ; la dure-mère, l'arachnoïde et la pie-mère ne présentaient d'autre altération que l'injection de leurs vaisseaux. Point d'adhérences ni d'épaississement de ces membranes. — Les circonvolutions avaient un développement, une consistance et une coloration tout à fait normales. Le cerveau, le cervelet, en un mot, toutes les parties de l'encéphale, étaient sains dans tous leurs points ; l'injection de la substance cérébrale était peu marquée. — Les méninges rachidiennes et la moelle épinière n'ont rien offert de particulier.

Remarques générales. — Le fait le plus général qui résulte des belles observations de M. Niobey, c'est que, dans tous ces cas, l'épilepsie se rattachait à une cause matérielle, à une lésion mécanique de tel ou tel point du cerveau ou de ses enveloppes. On a dû remarquer qu'à l'exception du dernier fait dans lequel l'altération était restée sous forme d'injection ou subphlogose lente, partout il s'agissait d'ossification des méninges, d'épaississement des os, d'adhérences, d'ulcérations, d'infiltrations de matière gélatiniforme, de ramollissement, d'atrophie, de vieux foyers apoplectiques, d'hydrencéphale, d'écrasement congénital de la masse encéphalique, etc. Que pouvait l'art contre une maladie dont la condition était devenue mécanique ? Rien absolument, puisqu'une pareille condition n'était guère accessible aux moyens dont la thérapeutique dispose. Ceci mérite cependant quelque considération. Faisons, en attendant, remarquer que la troisième observation confirme de la manière la plus éclatante l'opinion de M. Bouillaud sur la fonction régulatrice de la parole, que ce clinicien avait assignée à la base des lobes anté-

rieurs du cerveau, et l'on peut réellement diagnostiquer la lésion d'après une certaine altération de l'expression de la parole.

L'accès épileptique n'est qu'un phénomène extrinsèque, périphérique, en grande partie musculaire; phénomène périodique, comparable aux accès de la fièvre intermittente, et qu'on ne doit pas prendre pour la maladie elle-même, puisqu'il ne constitue qu'un effet de celle-ci. La maladie résulte de la lésion encéphalique ou méningienne, et, comme telle, elle constitue au fond une affection continue, fixe, bien que ses manifestations extrinsèques soient intermittentes. A ce point de vue, l'épilepsie ne diffère des convulsions ordinaires, fébriles ou apyrétiques, que dans le degré de la condition pathologique, toujours plus fixe, plus profonde dans l'épilepsie, et aussi dans le siége, car la source des convulsions ordinaires est souvent dans la moelle rachidienne. On comprend par conséquent qu'un traitement de l'épilepsie, lequel ne s'attache qu'aux convulsions, aux phénomènes extrinsèques, est un traitement mal basé, nul en réalité, le plus souvent, par la raison qu'il ne s'adresse qu'à l'effet et non à la condition fondamentale de l'affection. De ce nombre sont toutes les médications réputées antispasmodiques, que les médecins prescrivent journellement contre l'épilepsie; car, nous le répétons, la maladie n'est pas dans le spasme, dans la convulsion. On se scandaliserait avec raison d'un médecin qui, dans le traitement d'une pleurésie ou d'une pneumonie, par exemple, prescrirait des remèdes soi-disant spéciaux contre la dyspnée, contre la céphalalgie ou l'insomnie, ou qui, dans une iritis ou dans une rétinite, formulerait des médicaments particuliers contre la douleur périorbitaire ou contre la photophobie, ainsi que nous l'avons vu faire à quelques oculistes exclusifs. Et pourtant, on ne voit que tous les jours des praticiens, haut placés dans la science, recommander des remèdes réputés spéciaux ou spécifiques contre l'épilepsie, savoir : de prétendus antispasmodiques. Les considérations précédentes nous autorisent donc à repousser loin des véritables données de la science toutes ces pratiques empiriques que la routine a adoptées contre l'épilepsie, sans examen suffisant. Il est évident qu'il existe une médication véritable, énergique, à opposer à l'épilepsie, et cette médication repose tout entière sur les notions de la condition pathologique de l'affection.

Dans cette condition, deux états sont à considérer : la lésion matérielle ou mécanique, et l'effet dynamique qui résulte de son action sur la masse encéphalique. L'altération matérielle n'existe pas toujours. A moins qu'il ne s'agisse d'enfants à tête de reptile

(front écrasé), il n'y a le plus souvent en origine dans le cerveau qu'un simple travail congestif ou subphlogistique lent ; et cet état se prolonge quelquefois très-longtemps, sans dégénérescence, comme dans la Xe observation de M. Niobey. Ce qui nous autorise d'ailleurs à penser ainsi, c'est que dans l'état actuel de la science les ossifications accidentelles, les épaississements et les autres altérations dont nous venons de parler, ne sont considérés que comme des résultats de phlogose lente. M. Tommasini a démontré d'ailleurs que même les ossifications des parois artérielles, si communes à l'arc de l'aorte chez les vieillards, ne sont en réalité que l'effet d'un travail phlogistique lent, d'une sécrétion plastique indurée, etc.

Cela posé, il est évident que, tant que l'épilepsie n'existe qu'à la période purement dynamique, nous voulons dire sans produits matériels organisés, elle est très-bien guérissable, et radicalement. Jusque-là, en effet, la maladie se présente dans les conditions des convulsions ordinaires, apyrétiques, dont l'épilepsie n'est souvent qu'une continuation, une extension pour ainsi dire. L'indication fondamentale est donc manifeste d'elle-même : il s'agit, comme on le voit, d'une médication antiphlogistique, basée principalement sur des remèdes à action hyposthénisante, élective, encéphalique ; ce qui n'exclut pas d'ailleurs les saignées générales et locales, quand l'état de l'organisme le permet, ni d'autres hyposthénisants dont l'action élective porte spécialement sur le système cardiaco-vasculaire. Parmi les hyposthénisants encéphaliques, nous comptons plusieurs plantes vireuses, surtout la belladone, la ciguë, la jusquiame, l'aconit, etc. ; et parmi les hyposthénisants vasculaires ou cardiaco-vasculaires, nous citerons la digitale, le sulfate de quinine, les acides minéraux, plusieurs composés métalliques, tels que les sels de zinc, le bleu de Prusse, le sulfate de fer, les applications froides, l'eau de mer, etc. Cela veut-il dire que ces substances doivent constamment guérir l'épilepsie? Non assurément ; par la raison que sa condition pathologique, même alors qu'elle n'est pas passée à l'état mécanique, réside malheureusement dans un organe à vascularisation fine, peu accessible à l'action dynamique des médicaments.

Que prouvent donc des expériences cliniques faites avec tel ou tel médicament, sans succès durable, sur des épileptiques dont le mal était déjà arrivé à la période mécanique, c'est-à-dire d'incurabilité? Absolument rien ; surtout à côté d'autres faits incontestables de guérison radicale ou d'amélioration très-grande, à l'aide des mêmes moyens, donnés à dose convenable, chez des sujets dont le mal était sans doute encore à la période dynami-

que ? Il y a donc à ce point de vue des distinctions fondamentales à faire ; mais, sous le rapport des indications thérapeutiques générales, l'état actuel de la science nous permet, comme on le voit, de résoudre complètement la question. En présence de ces données si positives, si certaines pour les médecins qui sont au courant des nouvelles études sur l'action dynamique des remèdes, nous avouons que nous comprenons à peine comment on peut accorder du vin et d'autres boissons alcooliques, ou prescrire des opiacés aux épileptiques, puisque ces substances exercent une action élective, congestive, stimulante, si marquée sur l'encéphale !

Dans le second état, qui est le plus fréquent, c'est-à-dire dans l'épilepsie d'ancienne date, déjà passée à la condition mécanique, deux choses doivent être prises en sérieuse considération : la condition mécanique et la réaction dynamique à laquelle elle donne constamment lieu. Il est impossible de ne pas reconnaître, dans cette réaction, un travail phlogistique ou congestif, lent, incessant, dans la boîte crânienne ; travail analogue à celui de la condition primordiale de l'épilepsie, et qui tend à augmenter sans cesse l'altération matérielle. Il est donc évident qu'il y a là une indication fondamentale à remplir, pareille à celle dont nous venons de parler dans l'hypothèse précédente. Cette indication a pour but d'apaiser le travail congestif ou subphlogistique sourd qui mine les malheureux épileptiques, de s'opposer aux progrès de l'altération mécanique, et de diminuer par là la force, la fréquence des accès convulsifs, la tendance de la maladie à marcher vers la démence et vers la terminaison prompte par la mort. On voit déjà, par ce qui précède, combien est irraisonnable la prétention de guérir radicalement l'épilepsie arrivée à la période mécanique, et combien se trompent également les médecins qui professent qu'on ne doit pas traiter les épilepsies anciennes.

On pourrait demander maintenant si la science possède des données certaines pour diagnostiquer les deux conditions en question de l'épilepsie. Il est une foule de cas où la condition mécanique est évidente ; tels sont ceux de vieilles cicatrices à la tête, ainsi qu'on en voit un assez grand nombre chez d'anciens militaires à l'Hôtel royal des Invalides, de vieux foyers apoplectiques (ce qui n'empêche pas de considérer l'épilepsie elle-même comme une cause d'apoplexie), d'exostoses crâniennes, de têtes mal conformées, d'hydrocéphale, de fongus du tissu diploïque ou de la dure-mère, etc. Dans d'autres cas, on peut présumer la condition matérielle par l'ancienneté de la maladie, par ses progrès reconnaissables au rapprochement et à la durée plus grande des

accès, par son opiniâtre résistance à l'action de certains remèdes, etc. Telles sont les considérations générales qui nous ont été suggérées par les intéressantes observations de M. Niobey. On comprend cependant que chacune des questions pratiques que nous venons d'effleurer serait susceptible de grands développements. Que de discussions, par exemple, n'aurions-nous pas à introduire pour établir l'action dynamique des remèdes ci-dessus, que nous avons dû supposer bien connue de nos lecteurs?

V. ACCOUCHEM^ts, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.

8. *Du muguet chez les enfants à la mamelle*; par MM. A. Trousseau, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris, et A. Delpech, ancien interne de l'hôpital Necker.

(Suite et fin : *voir* t. 152, avril 1845, p. 57.)

(Journal de Médecine de M. Trousseau, mai 1845.)

Traitement. — Si nos opinions sur le muguet ont été assez clairement énoncées, on doit comprendre déjà que le traitement devra pour nous se diviser en deux sections. Dans l'une se placeront les moyens employés localement pour combattre la maladie de la bouche; dans l'autre, nous réunirons les remèdes propres à agir sur l'état général de l'organisme. Mais il est un troisième ordre de moyens sur lequel nous voulons insister : c'est celui dans lequel rentrent toutes les précautions hygiéniques propres à prévenir le développement du muguet. C'est par là que nous commencerons cette étude.

1° *Traitement préventif.* — Les soins que l'on doit apporter pour écarter des enfants les causes du muguet peuvent se rapporter aux quatre chefs suivants :

Le lieu de la naissance, l'habitation, l'alimentation, la température.

Si l'existence du muguet sporadique nous paraît démontrée, nous admettons cependant comme évidente l'influence du séjour des hôpitaux sur la production du muguet. Les rapports que nous avons signalés entre les affections puerpérales de la mère et les maladies du nouveau-né nous amènent à attribuer au lieu de la naissance une valeur considérable : ce sera chez les enfants nés dans les maisons d'accouchement que le muguet se manifestera avec le plus de fréquence et de gravité. Cette considération serait, s'il en était besoin, un argument nouveau à apporter à la nécessité de la réforme des maisons d'accouchement.

Ce n'est pas le lieu d'entrer sur ce point dans de plus longs détails. Disons seulement que la division du nombre des lits que contient une salle d'hôpital, la formation de salles petites et séparées, isolant les malades atteintes d'affections contagieuses ou épidémiques, ou n'exposant qu'un bien petit nombre de nouvelles accouchées à les contracter à leur tour, seraient probablement le meilleur moyen d'arracher à cette funeste influence les mères et les enfants. Nous savons que les anti-contagionistes seront disposés à repousser cette opinion appuyée sur l'expérience de chaque jour; mais, sans admettre même une véritable contagion, une nouvelle accouchée malade ne serait-elle pas un véritable ferment? les effluves d'une nature si pénétrante qu'elle émet ne pourraient-ils pas agir comme un levain chez des femmes placées dans des conditions propres à en recevoir l'action?

Dans cette opinion, les mêmes précautions devraient être prises pour restreindre l'activité de cette puissante influence.

On comprend très-bien que l'habitation d'un lieu infecté, que celle même d'une salle d'hôpital où se rencontrent tant de causes d'insalubrité, pouvant devenir fatale, les enfants doivent, autant que possible, ne pas rester placés dans ces conditions défavorables. Nous voyons en effet, par les écrits des auteurs, que la gravité du muguet est, dans les campagnes, beaucoup moins grande, et l'entérite bien moins commune que dans les grandes cités. Cette innocuité d'ailleurs est due encore à l'influence de l'alimentation, influence que nous allons examiner.

L'allaitement a sur la terminaison du muguet une énorme influence, au point que le pronostic pourrait être porté presque certainement en tenant compte de cette seule condition.

Voyons ce que nous avons observé quant à cette influence.

Parmi nos observations, cinquante et une indiquent de quelle manière l'enfant était alimenté. Vingt-neuf étaient allaités par leurs mères, vingt-deux ne l'étaient pas. Ils se classent ainsi pour les résultats :

Enfants allaités. . . .	29 —	7 morts.	— Le quart.
Enfants non allaités. . .	22 —	17 morts.	— Plus des trois quarts.
	51		

Ce résultat frappant le devient bien davantage encore si, au lieu de se contenter des chiffres bruts, on porte sur les observations un examen plus réfléchi.

Les sept enfants allaités qui sont morts étaient dans les conditions suivantes :

Les deux premiers étaient nourris par leurs mères affectées d'ictère.

La mère du troisième avait un abcès au sein.

Le quatrième, né à l'hôpital des Cliniques, teta d'abord sa mère affectée de crevasses au sein. Ne pouvant continuer l'allaitement, celle-ci le donna bien portant à une autre nourrice qui le rendit huit jours après presque mourant.

On ne sait donc pas bien comment l'allaitement a été continué.

Le cinquième, né à la Maternité, avait sa mère atteinte de fièvre puerpérale. Guéri du muguet, il succomba à une pleurésie.

Le sixième, cachectique tuberculeux, ayant tout le cou disséqué par un abcès, fut encore atteint d'érysipèle, accident presque nécessairement mortel chez les enfants.

Le septième, enfin, succomba à un eczéma fort étendu et à la suppuration qui en fut la suite. Il n'avait été allaité que quatre jours.

Nous aurions donc le droit de dire que nous n'avons jamais vu mourir du muguet un enfant convenablement allaité et dont la santé n'était pas d'ailleurs gravement compromise par d'autres causes.

Examinons maintenant les enfants non allaités. Ils sont au nombre de vingt-deux. Dans deux observations, la terminaison n'est pas nettement indiquée, non plus que dans un fait de la série précédente ; ce qui réduit à quarante-huit le nombre total des malades qui figurent dans ce relevé, et à vingt celui de la série qui nous occupe maintenant.

Parmi ces vingt enfants, dix-sept sont morts, deux ont guéri, un troisième est sorti en voie de guérison après avoir pris le sein d'une nourrice.

L'allaitement est donc une condition heureuse, tandis qu'une autre alimentation doit donner les plus grandes craintes quant à l'issue du muguet.

Nous voulons parler ici de l'allaitement véritable, convenablement fait par une nourrice, et surtout par une mère placée dans de bonnes conditions. Il est clair, par exemple, que nous ne pouvons regarder comme avantageux l'allaitement fait par une nourrice affectée d'ictère. On comprend quels changements les sécrétions peuvent éprouver dans cette circonstance. Quoique portés d'ailleurs à faire continuer l'allaitement dans la plupart des affections même fébriles de la nourrice, nous sommes aussi entraînés par un certain nombre d'observations à le regarder comme dangereux quand il existe un phlegmon du sein.

Dans toute autre circonstance, l'allaitement donne évidemment à l'enfant des chances presque certaines de guérison.

Pour terminer la question de l'allaitement, disons de suite qu'il se recommande puissamment comme moyen curatif. Nous

avons donné déjà une observation propre à le démontrer. Il agit de deux façons : en ramenant l'organisme à un meilleur état général ; en combattant l'entérite par cela seul qu'il met en contact avec les voies digestives un aliment parfaitement en rapport avec leurs propriétés physiologiques.

Quant à la température dont les vêtements sont une dépendance, elle doit être dirigée de manière à éviter aux enfants les passages subits du froid au chaud, passages qui déterminent facilement chez eux des diarrhées graves, et qui peuvent être par conséquent l'origine de toutes les altérations qui accompagnent l'entérite.

2° *Traitement curatif local.* — Un certain nombre de moyens ont été indiqués pour combattre à la surface de la muqueuse buccale la production des plaques de muguet. Quelques auteurs, cherchant seulement à obtenir la chute des fausses membranes, ont conseillé de les enlever par le frottement avec un linge rude, ou en les humectant fréquemment avec de l'eau de guimauve. Quelques agents plus actifs, le chlorure de soude, entre autres, ont été employés avec succès. Pour nous, qui attribuons à une cause inflammatoire la production des accidents locaux, nous employons de préférence les médicaments substituteurs dont l'efficacité, dans les phlegmasies des membranes muqueuses, a été si habilement mise en relief à notre époque.

A la première apparition de plaques pseudo-membraneuses, nous joignons donc aux moyens hygiéniques indiqués un collutoire composé de la manière suivante :

Sous-borate de soude.
Miel par parties égales.

Presque toujours nous avons vu, sous l'influence de ce simple topique, porté avec soin dans toute l'étendue de la bouche au moyen d'un pinceau de charpie, les plaques blanches disparaître ou diminuer beaucoup de confluence. Souvent, dans l'espace d'une demi-journée, toute la bouche en était débarrassée. Lorsque la guérison n'était pas aussi prompte, ou lors même qu'elle ne s'opérait pas, les douleurs semblaient diminuer d'intensité.

Lorsque la maladie était réfractaire, l'alun remplaçait quelquefois le borax ; mais plus souvent nous préférions recourir à l'emploi de médicaments plus actifs : l'acide chlorhydrique ou le nitrate d'argent.

L'acide chlorhydrique fumant, comme on l'a vu dans une des observations que nous avons publiées, agit avec une grande puissance pour détruire les plaques de muguet : il doit être placé pour cela dans la même ligne que le nitrate d'argent ; mais il

faut ne l'employer que chez les enfants en bas âge et qui n'ont pas de dents.

Le nitrate d'argent est employé en solution, ou bien on porte directement le crayon sur la muqueuse malade; nous nous sommes servis souvent de la solution suivante :

Eau distillée.	15 gramm.
Nitrate d'argent.	2

Mais habituellement nous préférions cautériser rapidement avec le crayon toute la surface de la membrane.

L'efficacité de ce dernier moyen ne peut être mise en doute. On ne doit pas craindre de cautériser trop profondément la muqueuse, la plus grande partie du nitrate étant décomposée par les liquides contenus dans la bouche. Un accident qui n'a pas eu de gravité nous a permis d'apprécier l'innocuité d'une action même fort énergique. Chez un enfant affecté de muguet symptomatique, le crayon s'échappa du porte-nitrate et tomba dans la bouche : il fut aussitôt repris, et la muqueuse ne fut profondément altérée sur aucun point ; mais la salive avait dissous une bien plus grande quantité de nitrate d'argent que d'habitude, et le muguet disparut pendant près de quinze jours.

Dans l'intervalle des cautérisations, il est bon d'employer, pour humecter et rafraîchir la bouche, le collutoire de borax, qui d'ailleurs vient aider par ses propriétés à la guérison de la maladie.

M. Bretonneau a proposé le moyen suivant : il délaie, avec de l'eau gommée, 5 à 15 centigrammes de proto-chlorure de mercure précipité, et il enduit légèrement les parties malades avec cette espèce de peinture.

3° *Traitement de l'état général et des complications.* — Nous ajouterons à ce que nous avons dit des conditions d'hygiène propres à modifier heureusement l'état de l'enfant menacé ou affecté de muguet, quelques mots sur l'alimentation qui doit remplacer l'allaitement lorsqu'il ne peut être fait.

L'enfant doit se nourrir de lait tiède donné avec un biberon aussi parfait que possible, et dont l'embout soit souple et assez mou pour ne pas excorier la membrane muqueuse de la bouche déjà malade. On pourra couper le lait avec de l'eau de fécule. On évitera de donner à l'enfant, à moins qu'il ne soit déjà grand, des potages ou des bouillies qui, moins facilement digérés, surtout dans les conditions où se trouve le petit malade, tendraient à amener l'entérite.

Lorsque ce dernier accident s'est développé, il devient utile de modifier encore le traitement. Nous ne devons pas ici faire une

étude complète des moyens propres à le combattre, nous énoncerons seulement ceux qui sont le plus généralement usités : ce sont l'ipécacuanha à dose vomitive, le sous-nitrate de bismuth ;

Sous-nitrate de bismuth.	10 à 20 centigr.
Sucre.	1

la poudre d'yeux d'écrevisse, le calomel à dose continue et réfractée, conseillé par Dewees :

Calomel.	0,05
Sucre.	1,00
En deux ou trois paquets.	

Calomel.	0,02
Carbonate de chaux.	0,40
Teinture d'opium.	1/4 de goutte.
En deux paquets.	

La décoction blanche, la tisane de riz, les lavements d'amidon seront utiles dans des entérites légères.

Lorsqu'elles seront plus intenses, les potions et les lavements de monesia, de ratanhia, de bistorte, de cachou, le tannin, les potions et les lavements de nitrate d'argent

Potion :

Nitrate d'argent.	0,01
Sirop.	20
Eau distillée.	30

Lavement :

Eau distillée.	200 grammes.
Nitrate d'argent.	0,05

seront donnés avec avantage.

On excitera doucement l'action de la peau en enveloppant l'enfant de flanelle. On le changera dès que ses langes seront salis, pour éviter le développement des affections cutanées qui n'ont que trop de tendance à se produire.

Si les plis de la peau rougissent et s'enflamment, on les saupoudrera avec soin de lycopode.

L'érythème s'est-il développé malgré tant de soins, on lavera avec soin deux fois par jour les points malades de la peau avec la solution suivante :

Eau distillée. . . .	100 grammes.
Sulfate de zinc. . .	1

L'eau blanche très-légère remplirait la même indication ; nous avons tiré un très-grand profit de l'emploi de ces lotions.

On préviendra les ulcérations des malléoles et des talons par

l'usage des couches bien sèches et un peu usées pour qu'elles soient plus douces : on séparera avec soin, en repliant les langes, les deux jambes de l'enfant.

Si ces moyens sont restés insuffisants, on guérira facilement les plaies en enveloppant de petites bottines de diachylon les pieds et les malléoles excoriées. On aura soin de se servir de diachylon préparé d'après la formule du Codex, doué de propriétés bien moins irritantes que celui qui est rendu plus agglutinatif par la térébenthine. L'évidence de l'origine extérieure des accidents dont nous parlons nous a amenés à l'emploi de ce système de protection dont l'usage suffit pour amener rapidement, même chez les enfants profondément cachectiques, la cicatrisation des petites plaies.

Tableau statistique. — Les opinions que nous avons exprimées dans le travail qui précède ne se sont pas établies dans notre esprit de prime saut et sous l'influence d'idées théoriques ; les faits que nous avons cités le prouvent suffisamment. Nous céderons cependant à une coutume généralement adoptée à notre époque, en résumant à la fin de cet article, d'une manière statistique, toutes les observations qui ont servi de base à ce mémoire.

Ce n'est pas que nous attachions à cette manière de procéder en médecine une bien grande importance. Nous pensons au contraire que jamais une telle méthode ne fera faire à notre art de ces grands pas qui ouvrent à l'observation des voies nouvelles. Sans répéter ce qui a été dit si justement de l'impossibilité de rassembler des faits assez semblables pour pouvoir être analysés ensemble et placés sous le même niveau, nous ferons cette remarque, que la statistique ne régularisera jamais les idées d'un observateur prévenu, puisque l'erreur si faussement introduite dans l'étude du fait viendra compter dans le chiffre total au même titre que la vérité la plus éclatante. Et puis, un chiffre, quelle que soit sa valeur, et, certes, nous ne la méconnaissons pas, ne tiendra pas lieu de la puissance généralisatrice d'un homme dans la pensée duquel les aperçus se groupent et se classent nettement sous l'influence des faits. L'abstraction ne se fait pas, suivant nous, par un procédé mathématique.... Faut-il le dire enfin ? nous voyons dans un avenir peu éloigné les recueils de chiffres succomber sous l'action d'un ennemi bien cruel : l'ennui.

Pourquoi donc, nous aussi, sacrifions-nous quelque peu à des dieux qui nous trouvent sans foi ? C'est qu'il est quelques questions si simples que l'intelligence n'y a aucune part et qu'elles sont vraiment du domaine de l'arithmétique.

Sur un nombre quelconque de malades, combien de morts? Quel âge avaient les malades observés? Quel symptôme s'est développé le premier. etc.? Encore ne nous jetterions-nous pas dans cet examen fastidieux, si des questions si simples n'avaient pas été résolues par des hommes distingués, dans un sens absolument opposé, suivant nous, à ce que démontre l'expérience de chaque jour. Entraînés dans le champ de la controverse, nous acceptons les armes de chacun, et nous combattons les résultats chiffrés par des moyens arithmétiques.

Les observations que nous avons sous les yeux sont au nombre de 58. Toutes ne sont pas complètes; mais il n'en est aucune où ne se trouvent au moins plusieurs des renseignements que nous cherchons.

Elles se divisent ainsi :

Garçons.	31
Filles.	27
	58

Dans ce nombre, la terminaison est établie nettement dans 48 observations :

Guérisons. . . .	23
Morts.	25

Parmi les 10 autres malades, 8 sont sortis avant la fin de la maladie et à différents états. Deux observations sont incomplètes et ne donnent pas la terminaison.

L'âge auquel la maladie s'est développée a varié de 4 jours à 23 mois.

Il serait ridicule d'établir ici des moyennes : nous nous contenterons de donner un tableau divisé par semaines pour le premier mois, et par mois pour les mois suivants, de l'époque de la vie à laquelle le muguet s'est développé chez les enfants à la mamelle.

1er mois	28	de 1 à 7 jours. 5
		de 8 à 14 — 12
		de 15 à 21 — 4
		de 22 à 28 — 7
2e mois.		8
3e mois.		5
4e mois.		2
5e mois.		2
6e mois.		4
7e mois.		2
8e mois.		0
14e mois.		1
17e mois.		2
24e mois.		2
		56

Dans deux observations où les enfants sont déjà malades dans les salles, l'époque du début des accidents est restée douteuse.

On voit que le premier mois de la vie est de beaucoup le temps où les enfants sont le plus exposés au muguet. Cependant, même après le deuxième, des faits assez nombreux se présentent à l'observation. Ainsi, parmi ceux que nous venons d'analyser, on en trouve vingt dans lesquels le début de la maladie est postérieur à cette époque.

Dans ce résumé, l'apparition des fausses membranes dans la bouche a été considérée comme point fixe, et c'est à ce phénomène que se rapportent tous les chiffres ci-dessus indiqués.

Quatorze fois le muguet s'est présenté exempt de toute complication gastrique ou intestinale. Treize des enfants placés dans ces circonstances ont guéri. Un seul dont la mère était affectée d'ictère est mort d'érysipèle.

Dans les observations où des complications se sont jointes à la maladie de la bouche, les accidents ont débuté de différentes manières et ont présenté divers ordres de succession : huit fois le muguet s'est développé le premier ; vingt et une fois la diarrhée a précédé les autres symptômes ; trois fois seulement l'érythème a paru avant elle; mais cinq fois nous avons observé l'érythème chez des enfants qui n'ont jamais eu de diarrhée. L'érythème a été noté quinze fois seulement. Il est vrai de dire que dans plusieurs observations on n'a pas qualifié d'érythème des rougeurs qui sont restées peu intenses, sans saillies papuleuses ni ulcérations. Neuf fois le muguet a précédé l'érythème.

Chez les enfants qui se trouvent dans cette catégorie, trente fois une diarrhée notable a été observée. De ces enfants, dix-neuf sont morts; sept ont été guéris, quatre ont été améliorés : leur sortie précipitée a rendu l'observation incomplète.

Dix-sept fois des vomissements se sont manifestés avec intensité. Dans huit observations, ils ont été le phénomène dominant, et dans quatre de ces dernières, ils se sont développés dès l'abord et n'ont jamais été compliqués de diarrhée.

Sur les dix-sept malades qui ont été affectés, il n'y a que deux guérisons bien assurées ; deux enfants sont sortis sans muguet, mais dans un état encore alarmant : l'un deux était tuberculeux. Le cinquième, paraissant guéri, a été pris d'une pleurésie dont il est mort.

Nous tenons à signaler ici ce fait qui se rapporte encore aux opinions que nous avons émises sur les fâcheux effets de l'influence puerpérale et sur la multiplicité des formes qu'elle prend

dans ses manifestations. Cet enfant était né à la Maternité; sa mère était gravement atteinte d'accidents puerpéraux.

Onze sur dix-sept, affectés de vomissements, sont morts; la dix-septième observation est incomplète.

L'ophthalmie s'est présentée quatorze fois chez les enfants atteints de muguet. Tantôt elle s'est développée avant la fausse membrane de la bouche, tantôt elle n'est venue qu'après elle.

Durée. — La durée du muguet a été variable. Les deux termes extrêmes ont été deux jours et trois mois. Dans les deux cas, la terminaison a été fatale.

Dans les observations suivies de guérison, la maladie a duré de quatre jours à deux mois et demi. Voici d'ailleurs, à ce point de vue, un résumé général des observations dans lesquelles le début et la terminaison ont été nettement indiqués.

Il contient vingt-cinq enfants morts et vingt chez lesquels la guérison s'est opérée.

1° *Morts.*

Chez 11	la durée a été de.	. . . . .	2 à 5	jours.
2	— —	. . . . .	5 à 10	
7	— —	. . . . .	10 à 20	
3	— —	. . . . .	20 à 40	
2	— —	. . . . .	3 mois.	

2° *Guéris.*

Chez 3	la durée a été de.	. . . . .	4 à 5	jours.
6	— —	. . . . .	5 à 10	
5	— —	. . . . .	10 à 20	
5	— —	. . . . .	20 à 30	
1	— —	. . . . .	2 mois 1/2.	

Parmi les faits de guérison, trois observations qui pouvaient laisser quelque doute, quant aux époques, par une confusion de dates, n'ont pas été comptées dans ce relevé dont elles ne modifiaient pas les résultats.

On voit, comme nous l'avons déjà dit, que souvent le muguet grave se termine beaucoup plus rapidement que le muguet bénin, puisque près de la moitié des enfants sont morts dans les cinq premiers jours du développement du muguet.

Dans les cas suivis de guérison, la durée est généralement un peu plus longue; cependant cette durée ne s'exagère pas comme on le voit quelquefois dans le muguet grave.

Nous avons recherché dans quelle saison le muguet s'était présenté avec le plus de fréquence. Voici le résultat que nous donnent nos observations.

		Guéris.
Janvier.	4	1
Février.	2	1
Mars.	3	0
Avril.	3	1
Mai.	9	5
Juin.	1	0
Juillet.	8	2
Août.	8	5
Septembre.	7	3
Octobre.	7	3
Novembre.	2	2
Décembre.	1	0

Dans ce résumé, les mois indiqués sont ceux desquels date l'invasion de la maladie ; nous avons rapproché du chiffre des malades celui des guérisons. Nous ne voyons rien à conclure de leur rapport.

Le nombre des observations ou des notes que nous résumons ici ne nous permet pas une opinion arrêtée sur l'influence des saisons de l'année dans la production du muguet. Cependant elles se classent d'une manière assez tranchée. C'est du mois de mai au mois d'octobre que le nombre des enfants qui en sont affectés est de beaucoup le plus grand, à l'exclusion toutefois du mois de juin qui est souvent le plus chaud de l'année. Serait-ce donc dans les saisons tempérées que se manifesterait sa plus grande fréquence.

Billard est arrivé à des résultats approchés. Les chiffres 34, 35, 101, 48, expriment la fréquence du muguet observé dans les quatre trimestres d'une année ; — 101 se rapporte aux mois de juillet, d'août et de septembre.

Pour éviter toutefois des suppositions erronées, il faut bien se rappeler que cette époque de l'année est celle où les affections intestinales sont le plus communes chez les enfants, et que là se trouve peut-être l'explication de la fréquence plus grande du muguet, surtout à l'hôpital des Enfants-Trouvés, où il semble être plus habituellement sous l'influence des altérations de l'intestin.

---

9. *Note sur l'épidémie de fièvre puerpérale qui a régné à l'Hôtel-Dieu, à l'Hôtel-Dieu-Annexe et à l'hôpital St-Louis, pendant les années* 1843 *et* 1844; par MM. Bidault et Arnoult, internes des hôpitaux, membres de la Société anatomique.

(Gazette médicale de Paris, N° 31.)

Symptômes et marche.

Dans la majorité des cas, les premiers accidents se sont manifestés du deuxième au troisième jour de l'accouchement, époque

habituelle de la fièvre de lait ; chez une malade, la fièvre éclata six heures seulement après la délivrance ; quelques autres, au contraire, ne furent prises qu'au bout de quatre à cinq jours. Ordinairement un frisson général ou partiel ouvrait la scène. Variable dans son intensité et dans sa durée, nous l'avons vu, sur une malade à l'Hôtel-Dieu, persister plus de trois heures, et s'accompagner d'un violent claquement de dents. Généralement, à l'Hôtel-Dieu, le frisson initial offrit plus de durée et d'intensité que dans l'épidémie de l'hôpital Saint-Louis, où souvent il ne fut qu'erratique et passager. A l'Hôtel-Dieu-Annexe, nous l'avons parfois vu manquer : toutes les fois qu'il se manifesta, il fut toujours accompagné d'un état d'angoisse extrême, et suivi d'une chaleur réactionnelle qui s'établissait quelquefois difficilement, et que l'on favorisait à l'aide d'alèses chaudes et de sinapisations répétées.

Si le frisson manquait, la chaleur de la peau, la fréquence du pouls, l'agitation et l'anxiété, une douleur abdominale plus ou moins vive, annonçaient l'invasion de la maladie, invasion quelquefois insidieuse et difficile à constater.

Dans tous les cas, le pouls acquit, dès le début, une fréquence très-grande : fort et large lorsque la réaction s'établissait franchement, il restait, au coutraire, petit et dépressible lorsque les malades ne se relevaient que difficilement du frisson initial. Dans l'un et l'autre cas, on comptait ordinairement de 110 à 120 pulsations. En même temps, il existait une céphalalgie d'autant plus vive que la forme inflammatoire était plus tranchée. Dans toute cette première période, la face était ordinairement rouge et injectée, les yeux brillants, les joues vives et colorées. La langue, couverte d'un enduit blanchâtre avec ou sans rougeur sur les bords, se desséchait rapidement ; l'anorexie était complète, la respiration fréquente et pénible.

Parmi les phénomènes initiaux se faisaient surtout remarquer quelques symptômes, tels que les vomissements, la diarrhée ou la constipation, qui méritent de fixer un instant notre attention.

Chez presque toutes les malades, le début a été marqué par des vomissements, ordinairement formés par des matières bilieuses. Ces vomissements cessaient le plus souvent après le premier et le second jour, pour reparaître ensuite comme phénomène alterne, sous forme de régurgitations.

En même temps survenaient, dans quelques cas, des évacuations alvines de matières mucoso-bilieuses s'accompagnant quelquefois de ténesme. Cette diarrhée, que nous observâmes à l'Hôtel-Dieu, offre un contraste frappant avec la constipation opiniâtre

dont toutes les malades de l'hôpital Saint-Louis furent atteintes; constipation dont les purgatifs les plus énergiques ne pouvaient souvent triompher. Nous trouverons dans l'anatomie pathologique les raisons de cette différence. A l'hôpital Saint-Louis, nous n'avons jamais rencontré d'altération de la muqueuse intestinale, tandis que les autopsies faites à l'Hôtel-Dieu nous ont toujours montré les follicules de Brunner hypertrophiés.

Une douleur abdominale se faisait ordinairement sentir, dès le début, dans l'une des fosses iliaques ou dans la région des reins : quelquefois elle était peu vive et provoquée seulement par la pression, les mouvements du corps, les efforts de toux, les vomissements, la flexion et l'extension des cuisses; d'autres fois, aiguë et s'irradiant dans tout l'abdomen, elle arrachait des cris à la malade. La main, en palpant l'hypogastre, trouvait le corps de l'utérus encore très-volumineux ; le ventre présentait en même temps du ballonnement et de la tension : ce météorisme excessif que favorisait la laxité des parois abdominales, et que nous observâmes, presque dès le début, à l'hôpital Saint-Louis, se rattache surtout aux cas où la maladie revêt promptement les caractères typhoïdes.

Quant à l'écoulement des lochies, nous l'avons, dans presque tous les cas, trouvé diminué, rare, entièrement suspendu.

Les seins, quand la montée du lait avait eu lieu, s'affaissaient ; et quand la maladie avait débuté avant qu'aucun phénomène de la sécrétion laiteuse eût eu le temps de s'accomplir, les glandes mammaires ne se tuméfiaient pas.

La sécrétion urinaire diminuait. L'expulsion des urines était souvent difficile; quelquefois même la vessie se remplissait sans que les malades en eussent conscience, ce qu'il fallait surveiller avec grand soin : on ne devait pas hésiter à recourir à la sonde si la malade n'avait pas uriné depuis quelques heures, qu'elle en éprouvât ou non le besoin. A ces phénomènes, qui apparaissent dès le début de la fièvre puerpérale, succèdent ou s'ajoutent des symptômes qui caractérisent une seconde période.

Sous l'influence des émissions sanguines qui furent quelquefois employées à l'Hôtel-Dieu-Annexe, ou par les progrès de la maladie, toute apparence de réaction cessait bientôt. La face, pâlie, s'altérait profondément; les yeux, plongés dans l'orbite, s'entouraient d'un cercle noirâtre ; les lèvres devenaient livides, les narines sèches et pulvérulentes ; l'anxiété la plus grande et une prostration extrême se révélaient dans l'altération profonde des traits. Les douleurs abdominales sourdes et générales cessaient bientôt de se faire sentir, et laissaient le ventre indolent,

mais tendu et considérablement ballonné. Cette tympanite excessive rendait la respiration de plus en plus fréquente et pénible : on comptait de 45 à 50 inspirations par minute ; la dyspnée était extrême. Le pouls, qui s'était rapidement élevé jusqu'à 140 et 150 pulsations, devenait petit, dépressible, irrégulier. Les matières fécales s'échappaient involontairement ; les boissons ingérées étaient rendues par régurgitation.

La langue, sèche, était couverte d'un enduit fuligineux ; l'haleine d'une fétidité caractéristique ; les extrémités froides et cyanosées. Arrivées à cette période, les malades ne tardaient pas à succomber, et la mort survenait ordinairement avant le cinquième ou le sixième jour de l'invasion, frappant des malades qui conservaient encore le plus souvent l'intégrité parfaite de leur intelligence.

Tels sont, dans leur exposé général, les symptômes de cette maladie aussi rapide dans sa marche que fatale dans sa terminaison. Dans quelques cas cependant, nous avons observé une *rémission* assez tranchée pour faire espérer un moment une terminaison favorable ; mais ce calme n'était que de courte durée : après quelques heures, la maladie reprenait sa marche vers une terminaison funeste.

Chez les deux malades qui ont guéri, nous avons vu les symptômes généraux s'améliorer successivement, la respiration devenir moins gênée, le pouls se relever et perdre sa fréquence, la langue s'humecter, la soif devenir moins vive, etc. Chez toutes les deux, la convalescence demanda les plus grands ménagements et les retint plusieurs mois à l'hôpital.

Indépendamment des symptômes que nous venons de présenter, et que toutes nos malades ont offerts à un degré plus ou moins marqué, il se joignit, dans quelques cas, à l'Hôtel-Dieu-Annexe, dans tous, à l'hôpital Saint-Louis, un catarrhe bronchique très-intense qui se manifestait dès le début de la maladie, et devenait une complication fâcheuse à cause des douleurs abdominales que provoquait la toux et de la gêne considérable de la respiration qu'amenait la phlegmasie bronchique.

Pour ne rien omettre, nous devons signaler les pétéchies que nous observâmes sur plusieurs malades à l'hôpital Saint-Louis. Ces taches bleuâtres, que l'on rencontre dans certaines fièvres typhoïdes, apparaissaient en même temps que les plus graves symptômes, elles occupaient la partie interne des cuisses et des jambes. En les incisant sur le cadavre, on les trouvait formées par une légère ecchymose sous-épidermique.

Altérations pathologiques.

Les lésions anatomiques que l'on observe dans les diverses épidémies de fièvre puerpérale sont nombreuses, variables dans leur étendue et dans leur siége : c'est là l'origine de cette multitude d'opinions qui tour à tour ont régné sur la nature des maladies puerpérales. Les anciens médecins, frappés du caractère particulier de ces lésions, les avaient considérées, les uns comme des dépôts laiteux, les autres comme le résultat de la résorption des lochies ; hypothèses que dut renverser l'anatomie pathologique. Mais si l'examen attentif des cadavres apporta de vives lumières dans la connaissance des maladies, il faut convenir cependant que pour celle qui nous occupe les inductions tirées des altérations organiques, en entraînant dans la voie des localisations et en présentant des résultats de la maladie pour la maladie elle-même, servirent plutôt à égarer le pathologiste qu'à l'éclairer sur sa véritable nature. Et comme de toutes les lésions, les plus communes, les plus étendues, les plus apparentes sont celles du péritoine, elles fixèrent d'abord l'attention ; et l'on considéra bientôt la péritonite comme la cause de tous les accidents. La fièvre puerpérale, que Hulme, White, Doublet venaient de décrire, fut rayée des cadres nosologiques et rangée par Pinel dans les phlegmasies séreuses, et considérée par lui comme une *péritonite des plus fréquentes et des plus dangereuses.*

Cependant les progrès de l'anatomie pathologique firent découvrir de nouvelles lésions. Dance décrit l'histoire de la métrite puerpérale et de la phlébite utérine. Les lymphatiques de l'utérus et du bassin remplis de pus (Tonnelé, Nonat) donnèrent l'occasion de décrire l'angioleucite utérine comme une des formes de la fièvre puerpérale.

Mais les recherches se multiplièrent encore, et l'on constata de nouvelles lésions : des articulations remplies de pus, des collections purulentes développées presque instantanément dans le tissu cellulaire et dans les muscles, une tendance générale à la suppuration, une altération spéciale des follicules de l'intestin (Ducrest, Lasserre) ; altérations variées, s'associant diversement les unes aux autres suivant les épidémies, dans chaque épidémie suivant les formes, et dans chaque forme suivant les individus, sans qu'il soit possible d'avoir la raison de ces variations dans les phénomènes symptomatiques observés.

A l'aspect de tant de lésions si variées, comment localiser encore une maladie qui porte ses ravages dans tous les points de l'organisme, qui frappe en même temps tous les systèmes ! com-

ment ne pas la placer à côté de ces maladies générales auxquelles les pathologistes réservent le nom de *fièvres*, et qui tiennent sans doute à une infection générale, à une altération primitive du sang?

Pour nous donc, comme pour MM. Tonnelé, Voillemier, Bourdon, Lasserre, P. Dubois, Moreau, qui ont observé les maladies des nouvelles accouchées sévissant épidémiquement, et qui ont constaté les lésions multiples et variées qu'elles laissent après elles, l'existence d'une fièvre puerpérale ne saurait être douteuse.

Utérus et ses annexes. Le corps de l'utérus a toujours présenté un volume plus considérable que celui qu'il devait avoir d'après le nombre de jours écoulés depuis l'accouchement. Sa cavité contenait des fausses membranes grisâtres, sanieuses, d'une odeur fade souvent fétide. Le lavage entraînait facilement ces matières pseudomembraneuses, et, chose remarquable! la surface recouverte par ces fausses membranes était blanche et tout à fait saine. M. Moreau (thèse 1844) a rencontré, au contraire, à la Maternité, la membrane interne de l'utérus, tantôt rouge et enflammée, tantôt présentant une suppuration bien manifeste, tantôt enfin seulement colorée en jaune.

Le lieu d'implantation du placenta se reconnaissait aux petits caillots qui oblitèrent les vaisseaux utérins. Aucun de ces vaisseaux n'était béant dans la cavité utérine.

Le tissu de la matrice était sain et très-ferme. Nous n'avons jamais observé cette gangrène de l'utérus ni cette putrescence (*putrescentia uteri*) indiquées par les Allemands, et dont M. Tonnelé a rencontré plusieurs exemples, ni ces abcès circonscrits développés dans le tissu même de l'utérus.

Les tissus utérins, que l'on n'oublie jamais d'examiner depuis que Dance a signalé la gravité de leur inflammation, ne nous ont offert aucune altération : ni opacité, ni épaississement des parois, ni collection purulente dans leur intérieur.

Le péritoine qui revêt la surface de l'utérus participait souvent aux altérations de la séreuse abdominale. Aussi le corps de l'utérus était-il souvent recouvert de fausses membranes, et le tissu cellulaire sous-séreux de la base et des parties latérales de cet organe était-il souvent infiltré dans une certaine étendue.

Vaisseaux lymphatiques. Si nous n'avons jamais rencontré de phlébite utérine, un grand nombre de cas de lymphites se sont présentés à notre observation. A l'Hôtel-Dieu-Annexe, l'inflammation des lymphatiques ne s'étendait pas au delà de la matrice. En indiquant avec soin les parties latérales de cet organe, nous avons

plusieurs fois trouvé, au milieu du tissu cellulaire infiltré, des vaisseaux lymphatiques remplis d'un pus blanc plastique et crêmeux, dans l'étendue de plusieurs centimètres, et parfaitement reconnaissables à leurs renflements en chapelet. A l'Hôtel-Dieu, chez quelques femmes, et à l'hôpital St-Louis chez toutes, nous avons pu disséquer, dans l'épaisseur des ligaments larges et à la surface des ovaires, un grand nombre de vaisseaux lymphatiques distendus par du pus. Ces vaisseaux pouvaient être suivis dans la gaîne celluleuse de la veine ovarique, qu'ils recouvraient quelquefois dans une partie de son étendue. Leur dilatation était telle dans ces points, que l'on pouvait croire, après les avoir incisés, avoir affaire à une phlébite de la veine ovarique. Ils allaient se rendre dans les ganglions situés au-devant de la veine cave et de l'aorte. Ceux du col utérin présentaient aussi une dilatation telle, que l'on croyait au premier abord reconnaître un abcès ; ils s'arrêtaient aux ganglions pelviens et sacrés, qui eux-mêmes étaient quelquefois ramollis et remplis de pus : jamais nous n'avons trouvé que les *vaisseaux efférents fussent le siége d'une altération.*

Indépendamment de cette inflammation des lymphatiques des annexes de l'utérus, les ligaments larges étaient en même temps recouverts de pseudomembranes, et les ovaires volumineux, ramollis et infiltrés de pus, se laissaient facilement rompre sous le doigt. En les incisant, nous trouvâmes souvent les vésicules ovariennes de Graaf remplies de pus. Ne serait-ce pas par l'inflammation de ces vésicules que débutent les phlegmons de l'ovaire, si fréquents à la suite des couches ou des menstruations orageuses? Les veines ovariques ont toujours été trouvées saines.

Nous n'avons jamais rencontré de phlébite : ce fait mérite d'être signalé. On sait que, dans quelques épidémies, on a trouvé les veines enflammées et remplies de pus. En rapprochant nos observations des faits signalés par M. Bouchut, qui plusieurs fois a rencontré la suppuration et l'oblitération des veines, nous voyons que, dans notre épidémie, les altérations des veines se rapportent plutôt aux accidents secondaires de la fièvre puerpérale qu'à ses accidents primitifs. Les observations de phlébite signalées dans le mémoire de Dance se rapportent également aux accidents de la fièvre puerpérale.

Abdomen. Les altérations du péritoine ont présenté de notables différences, suivant les caractères généraux de la maladie et suivant le lieu où nous l'avons observée.

A l'Hôtel-Lieu et à l'Hôtel-Dieu-Annexe, où les symptômes de la plegmasie péritonéale se présentèrent dès le début avec plus

d'intensité qu'à l'hôpital St-Louis, nous avons trouvé les altérations du péritoine plus étendues et plus tranchées.

La cavité péritonéale renfermait une quantité plus ou moins considérable de sérosité purulente dans laquelle baignaient des matières pseudomembraneuses libres et flottantes. Les ligaments larges, l'utérus, les trompes, étaient recouverts de ces matières pseudomembraneuses, molles, jaunâtres, infiltrées de sérosité et de pus, qui réunissaient également les anses intestinales agglomérées et adhérentes. Le péritoine paraissait légèrement épaissi et se détachait facilement des tuniques sous-jacentes de l'intestin. Dans quelques cas, une ingestion sous-séreuse dessinait sur les anses intestinales des arborisations plus ou moins vives, plus ou moins rapprochées.

A l'hôpital St-Louis, où prédominèrent les accidents typhoïdes, nous ne trouvâmes dans la cavité abdominale qu'un épanchement blanchâtre et lactescent, sans fausses membranes, sans adhérences des intestins entre eux. Le péritoine était pâle, visqueux, sans ingestion inflammatoire. C'est alors que nous trouvâmes l'infiltration purulente du tissu cellulaire sous-péritonéal et la suppuration des vaisseaux lymphatiques de la région lombaire. En présence de ces altérations et d'un épanchement de cette nature, on comprend comment les anciens ont pu croire à la métastase des produits de la sécrétion laiteuse.

Canal intestinal. L'estomac était, dans la majorité des cas, rempli d'une énorme quantité de liquide verdâtre; mais nous n'avons jamais rencontré l'inflammation ni le ramollissement de cet organe. L'attention des observateurs a été appelée, dans ces derniers temps, sur l'état des follicules de Brunner. Signalée par M. Ducrest, décrite ensuite avec beaucoup de soin par M. Lasserre, l'altération de ces glandules ne s'est offerte à notre observation qu'à l'Hôtel-Dieu. Chez certains sujets, cette altération consistait en une éruption boutonneuse à sommet blanchâtre. M. Lasserre, en étudiant le développement de cette éruption, par rapport à la marche de la maladie, est arrivé à ces conclusions : « L'éruption folliculaire de Brunner se développe rapidement; on la trouve avec tous ses caractères chez des femmes qui succombent quelques heures après l'accouchement; elle reste stationnaire pendant un certain temps, et tend ensuite à disparaître. » La marche de la maladie ayant été beaucoup moins rapide chez les femmes où nous avons observé cette altération, nous ne pouvons pas affirmer qu'elle existât peu après l'invasion de la maladie. Cependant, comme sur une femme qui succomba quarante-huit heures après l'accouchement, l'intestin

grêle était, dans presque toute son étendue, recouvert de véritables pustules ; que, chez toutes celles où, à l'autopsie, semblable altération fut trouvée, la diarrhée avait signalé l'invasion de la fièvre puerpérale ; et qu'à l'hôpital St-Louis, la muqueuse de l'intestin grêle, dans un état d'intégrité parfaite, coïncidait avec des symptômes de constipation opiniâtre, nous sommes conduits à regarder l'altération des follicules de Brunner comme un phénomène du début, lié intimement aux symptômes de diarrhée avec lesquels il coïncide.

Le foie ne nous a jamais présenté d'altération.

La rate, quelquefois volumineuse, n'avait souvent pas augmenté sensiblement de volume. Elle était ramollie et se laissait facilement déchirer.

Organes respiratoires. Le parenchyme pulmonaire était le plus souvent sain ; l'engouement hypostatique, que nous constatâmes quelquefois, avait la plus grande analogie avec celui de la fièvre typhoïde. Dans quelques cas, toute la partie postérieure des poumons offrait une coloration noire et se déchirait avec la plus grande facilité. Nous n'avons jamais rencontré de pneumonies partielles ni d'abcès métastatiques. A l'hôpital St-Louis, chez quelques sujets, nous avons trouvé les petites bronches obstruées par des mucosités épaisses. Les épanchements pleurétiques étaient au contraire fréquents à l'Hôtel-Dieu-Annexe ; quelquefois simples, le plus souvent doubles, ils offraient d'ailleurs les altérations connues de la pleurésie suppurée. Sur six malades, quatre fois ils furent trouvés doubles ; ils se développaient, dans le courant de la maladie, en vertu de cette tendance qu'ont les phlegmasies, dans l'état puerpéral, à envahir les différents organes, et spécialement les membranes séreuses.

Organes circulatoires. Nous n'avons jamais rencontré de lésions dans le péricarde ni dans le cœur ; les cavités gauches étaient vides, et les cavités droites ordinairement distendues par du sang en partie fluide, en partie coagulé. Les veines viscérales étaient aussi remplies d'un sang noir et caillotté. Cet état du sang rappelait celui qui se présente dans la fièvre typhoïde.

Centres nerveux. Dans les cas rares où la fièvre puerpérale s'accompagne de délire, nous trouvâmes une légère injection des méninges, accompagnée d'un piqueté rouge de la surface de quelques circonvolutions, et deux fois un ramollissement superficiel de ces mêmes circonvolutions. Nous n'observâmes du reste aucun épanchement séreux à la base du cerveau ou dans les ventricules, sauf un cas où des symptômes de méningite franche éclatèrent deux jours après l'invasion de la fièvre.

Étiologie. — Pour se faire une juste idée de l'étiologie de la fièvre puerpérale, il faut s'enquérir des circonstances qui déterminent ou accompagnent l'invasion des épidémies, et de celles qui, l'épidémie une fois déclarée, agissent isolément sur les nouvelles accouchées. Il y a donc des causes générales et des causes individuelles. Les nombreuses tentatives que l'on a faites pour trouver dans les conditions météorologiques la cause première et *essentielle* des typhus puerpéraux sont jusqu'alors restées infructueuses ; cependant il est certaines circonstances atmosphériques qui semblent favoriser leur développement. C'est l'observation des diverses épidémies qui peut seule éclaircir ce point de l'étiologie de la fièvre puerpérale.

Conditions atmosphériques. On a fait jouer un grand rôle à l'influence du froid dans l'étiologie de la fièvre puerpérale. Doublet, après de nombreuses recherches, était arrivé à croire que les pays froids sont ceux où les suites de couches sont les plus fâcheuses. Des recherches ultérieures ont donné un démenti à cette conclusion. Mais, dans un même pays, les saisons froides y prédisposent-elles plus que les autres? Plusieurs auteurs penchent vers cette opinion, que confirment des recherches statistiques faites par M. Lasserre à la Maternité de Paris, et consignées dans sa thèse inaugurale. Disons cependant que l'on a vu des épidémies se développer pendant les mois les plus chauds de l'année. Mais la saison froide n'agit pas tant par l'abaissement de la température que par ses variations et l'humidité de l'air : rien, en effet, n'est plus meurtrier que ces alternatives subites de chaleur et de froid que l'on observe dans nos climats. M. Voillemier insiste sur ce point, et rapporte qu'une épidémie qui sévissait dans l'un des mois les plus chauds de l'année (le mois de juillet) avait été précédée d'un abaissement sensible de la température.

Les trois épidémies dont nous avons été témoins ont eu lieu dans des conditions atmosphériques à peu près semblables. La première, à l'Hôtel-Dieu, se manifesta pendant les mois de janvier, de février et de mars. La deuxième, à l'hôpital St-Louis, pendant les mois de septembre, d'octobre et de novembre. A l'Hôtel-Dieu-Annexe, le service n'ayant été ouvert que pendant les mois de novembre et de décembre, il nous est impossible de savoir quelle est l'influence relative de la saison sur la mortalité.

Infection. Bien que la fièvre puerpérale se rencontre quelquefois hors des hôpitaux, il n'est pas moins vrai que ses désastreux effets se font surtout sentir dans les grands centres d'accouchements, qu'elle désole presque chaque année. C'est qu'il existe

dans ces établissements des conditions spéciales qui en favorisent le développement et rendent en même temps ses coups plus meurtriers. Ces conditions tiennent à l'infection et peut-être à la contagion. Cependant, s'il est incontestable que l'accumulation d'un grand nombre d'accouchées dans un endroit peu spacieux a eu de funestes conséquences, il faut avouer aussi que souvent l'épidémie se déclare sans qu'il y ait dans les salles un nombre d'accouchées plus considérable qu'en temps ordinaire : c'est ce que nous avons été à même de voir à l'Hôtel-Dieu et à St-Louis. Dans ce dernier établissement même, le nombre des accouchements fut moindre pendant les trois mois de l'épidémie que dans les mois qui avaient précédé.

Mais cette cause n'agit pas seule; d'autres agents viennent combiner leur action à la sienne : les émanations qui s'exhalent des femmes en couches, en si petit nombre qu'elles soient réunies, le renouvellement incomplet de l'air qui les entoure, sont des causes puissantes de maladie.

Lorsqu'il fut question d'évacuer la Maternité sur l'Hôtel-Dieu-Annexe, on se demanda si l'on devait disperser les femmes enceintes dans les divers services de l'hôpital, ou bien créer une salle spéciale où toutes les femmes seraient réunies. On s'arrêta au dernier projet. C'était rentrer dans des conditions analogues à celles qu'offrait la Maternité ; aussi les résultats obtenus sont-ils remarquables :

Sur 67 femmes accouchées dans le service spécial et venant toutes de la maison d'accouchement, nous avons eu 14 décès.

Sur 21 femmes accouchées dans les services de médecine et venant toutes de la ville, nous n'avons eu qu'un seul décès.

Pour expliquer la différence si notable qui s'observe dans la mortalité, nous ne trouvons que deux raisons : le séjour antérieur des femmes enceintes à la Maternité, où régnait l'épidémie; la réunion, dans une même salle, d'un certain nombre de femmes en couche. Cette dernière considération entraîne pour conséquence qu'au lieu de créer des services spéciaux et de réunir des femmes dans de nouveaux centres d'accouchements, lorsqu'une épidémie force d'évacuer la Maternité ou tout autre hôpital spécial, il vaudrait mieux disperser les femmes enceintes dans les divers services des différents hôpitaux.

Contagion. Ce point de l'étiologie est complexe et soulève plus d'une importante question :

1° La contagion s'exerce-t-elle directement d'une femme malade à une femme bien portante et récemment accouchée ? Il est difficile de trouver dans les faits une solution rigoureuse

de cette question ; cependant plusieurs auteurs, et M. le professeur Dubois lui-même, inclinent vers l'affirmative. Parlerons-nous de deux cellules de l'hôpital St-Louis, malheureusement privilégiées, et dans lesquelles, pendant un certain temps, les femmes qui s'y succédèrent furent atteintes de fièvre puerpérale ? Les auteurs ont déjà signalé des faits semblables. Serait-ce encore par une simple coïncidence que nous vîmes deux cas de fièvre puerpérale éclater vingt-quatre heures après l'admission, dans le service d'accouchements du même hôpital, chez des femmes accouchées depuis peu de jours en ville ? Depuis quinze jours, l'épidémie semblait éteinte, aucun cas ne s'était manifesté. Si des faits de cette nature ne démontrent pas la contagion d'une manière positive, du moins commandent-ils la circonspection et engagent-ils les médecins à redoubler de précautions pour éviter toutes les causes capables de la produire.

2° Que penser d'une contagion indirecte dont une personne saine serait en quelque sorte le moyen de transport ? On cite certains faits qui ont porté quelques médecins à l'admettre. M. le professeur Moreau est d'une opinion tout à fait contraire.

3° Une femme hors de l'état puerpéral, et placée au milieu d'une épidémie de fièvre puerpérale, est-elle exposée à contracter des accidents de même nature ? M. Chailly rapporte qu'une élève sage-femme de la Maternité, non enceinte, succomba pendant une épidémie à la maladie régnante dont elle présenta les symptômes et les lésions. Nous avons vu nous-mêmes à l'hôpital Saint-Louis un cas que l'on peut jusqu'à un certain point rapprocher de celui-ci : une femme opérée depuis deux jours d'un polype de l'utérus, et placée pendant l'épidémie dans un des lits du service d'accouchements, succomba à des accidents analogues à ceux que détermine la fièvre puerpérale, et ne présenta d'autre altération qu'un *épanchement lactescent* du péritoine qui ne présentait du reste ni injection ni fausses membranes ; l'utérus était parfaitement sain, et les veines et les lymphatiques, examinées avec le plus grand soin, n'ont offert aucune trace d'inflammation.

Nous venons d'examiner les causes qui agissent sur l'ensemble des nouvelles accouchées ; il en est d'autres qui agissent sur certaines femmes en particulier. Tous les auteurs ont signalé : la faiblesse de la constitution, la durée du travail et la primiparité, les écarts de régime, les influences morales, etc. ; influences sur lesquelles nous n'avons rien à ajouter. Il nous reste seulement quelques mots à dire sur une circonstance à laquelle la plupart des médecins font maintenant peu d'attention, et qui cependant

a vivement préoccupé les auteurs anciens : la non-lactation. On lit dans Van Swieten : *Patet puerperas lactantes minus periclitari ab hâc causâ quam illas quæ natis ubera negant... Succio enim lac in mammes evocat, retropulsio autem metastasis talis periculum facit.* Sans adopter entièrement l'idée de métastase développée par l'illustre commentateur de Boerhaave, répugne-t-il d'admettre que la succion opérée par l'enfant ne soit une condition favorable à l'accomplissement normal de la fonction ? La fièvre puerpérale se développe le plus souvent à l'époque de la fièvre de lait ; et n'a-t-on pas observé que chez les femmes qui nourrissent, cette dernière souvent manque, ou est beaucoup moins intense que chez celles qui n'allaitent pas. Nous avons cherché à éclaircir cette question par la statistique. Les faits que nous avons observés ne sont pas assez nombreux pour nous permettre d'arriver à une solution positive à cet égard ; cependant nous pouvons affirmer que la majorité des femmes atteintes de fièvre puerpérale qui ont été soumises à notre observation se trouvaient dans ces conditions.

Traitement. — Bien des médications ont été tour à tour vantées et abandonnées dans la fièvre puerpérale. C'est qu'en effet chaque épidémie, entraînant des modifications dans la forme de la maladie, doit en amener aussi dans le traitement. Les phénomènes pathologiques ne participent pas de la stabilité des lois physiques, et leur traitement ne saurait être assujetti à une formule unique et invariable. Notre but n'est point de faire ici l'histoire complète des diverses médications employées contre la fièvre puerpérale, mais seulement d'exposer les faits dont nous avons été témoins.

Les difficultés souvent insurmontables que l'on éprouve à conjurer les accidents d'une fièvre puerpérale une fois déclarée témoignent de l'importance qu'il y a à écarter par une bonne prophylaxie toutes les conditions favorables à son développement. Aussi insisterons-nous avec tous les auteurs sur la nécessité de donner aux nouvelles accouchées des salles vastes et très-bien aérées, d'en renouveler l'air plusieurs fois le jour, et d'éloigner tous les objets capables d'en altérer la pureté. Nous devons aussi insister sur un moyen qu'il est souvent difficile dans les hôpitaux de faire pratiquer avec tout le soin désirable : ce sont les injections vaginales tièdes. Outre leur action topique sur des organes contus et endoloris, elles ont pour but d'entraîner les matières sanguinolentes qui, séjournant dans les parties génitales, y contractent rapidement une odeur fétide et deviennent ainsi une cause puissante d'infection. Nous rappellerons enfin qu'il est

important d'entretenir la liberté du ventre par de légers laxatifs, de combattre avec soin tous les points fluxionnaires qui tendent à s'établir, et d'éviter de troubler par une médication intempestive la fièvre de lait, si elle vient à se manifester.

La fièvre puerpérale étant une fois déclarée, quels sont les moyens à employer contre cette redoutable maladie? Nous allons successivement passer en revue les agents thérapeutiques que nous avons vu mettre en usage dans différents services où nous nous sommes trouvés.

Chacun sait que Doulcet, en présence d'une épidémie qui survint à l'Hôtel-Dieu à la fin du siècle dernier, a tiré un très-grand parti de l'ipécacuanha administré dès le début des accidents. Depuis lors, plusieurs observateurs ont constaté les bons effets de ce médicament; mais souvent aussi il échoue comme la plupart des autres moyens connus. Nous l'avons vu employer plusieurs fois et à l'Hôtel-Dieu et à l'hôpital Saint-Louis; son administration nous a paru amener dans quelques cas, et pour quelques heures seulement, une légère amélioration; mais bientôt les symptômes reprenaient toute leur gravité, malgré des doses nouvelles du médicament. Nous l'avons vu chez quelques malades arrêter les accidents; mais c'était hors des temps d'épidémie et dans des cas de fièvre puerpérale secondaire. Les saignées générales et locales ont été employées dès le début. Les premières qui furent mises en usage à l'Hôtel-Dieu-Annexe, lorsque la réaction était vive, le pouls large et vibrant, n'ont pas eu une influence heureuse sur la marche de la maladie. Malgré leur emploi modéré, l'affaiblissement du pouls et la prostration succédaient rapidement à la réaction apparente qui précédait les émissions sanguines. Quant aux sangsues appliquées sur les parois abdominales pour combattre la péritonite, si elle vient à se déclarer, les malades en ont presque toujours éprouvé du soulagement; mais il n'était que momentané, et les douleurs ne tardaient pas à reparaître, soit au même point, soit dans d'autres parties de l'abdomen, car la phlegmasie parcourait rapidement toute l'étendue du péritoine. Aussi fallait-il avoir recours à des applications fréquemment répétées. C'est pour cette raison qu'il est prudent de n'appliquer qu'un petit nombre de sangsues à la fois pour ménager les forces des malades.

Il faut bien se rappeler que l'on opère dans des circonstances spéciales et que la péritonite est liée à un état général dont il faut toujours tenir compte.

Dans quelques cas, on faisait appliquer les sangsues à la partie interne et supérieure des cuisses, dans le but de ramener l'é-

coulement des lochies. Nous n'avons jamais constaté aucun effet favorable de cette médication ; elle n'a pas, comme les applications faites sur le ventre, l'avantage de diminuer l'intensité des douleurs. Le mercure fut administré de deux manières : à l'intérieur et en frictions. Intérieurement, on fit usage du calomel à la dose de 1 gramme, ou 1 gr. 50 c., divisé en six prises, dans la journée. Presque toujours nous vîmes des garderobes survenir pendant son administration. La salivation ne s'établit dans aucun cas. La courte durée de la maladie empêchait d'y avoir recours pendant plus de deux ou trois jours. On sait que beaucoup de médecins, en administrant le calomel, ont pour but d'amener la salivation, qu'ils considèrent comme une condition favorable à la guérison. Des frictions mercurielles furent aussi pratiquées chez quelques malades ; portées même, dès le début, chez deux d'entre elles, à la dose énorme de 1 kilogramme dans les vingt-quatre heures, elles n'empêchèrent pas la terminaison funeste de la maladie. Il en fut de même d'un médicament vanté outre mesure par des médecins anglais : l'huile essentielle de térébenthine, qui fut administrée sans résultat à trois de nos malades.

Les deux malades de l'Hôtel-Dieu-Annexe qui ont guéri ont été soumises, par M. Tessier, aux antiphlogistiques dès le début, puis aux préparations mercurielles tant à l'intérieur qu'en frictions, et à l'usage pendant plusieurs jours de la teinture d'aconit. Ce dernier médicament qui n'avait pas encore, que nous sachions, été administré dans la fièvre puerpérale, fut prescrit par M. Tessier à plusieurs malades : on le donnait en teinture à la dose de 1 gramme d'abord dans une potion de 125 grammes à prendre d'heure en heure. Quelques jours après, on le portait à 2 gram.

Nous avons observé chez plusieurs malades des rémissions assez tranchées pour nous porter à croire que dans ces circonstances l'administration du sulfate de quinine pourrait avoir une influence favorable sur la marche de la maladie.

Peut-être même l'administration du quinquina aurait-elle sur le sel de quinine l'avantage de joindre aux propriétés antipériodiques de ce dernier l'action tonique et antiseptique qui lui est propre.

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALMOLOGIE.

10. *Du varicocèle et de sa cure radicale ;* par le docteur J. Hélot.

(Suite : voir t. 146, octobre 1844, p. 121.)

(Archives générales de Médecine, juillet 1845.)

IIe PARTIE. — *Thérapeutique chirurgicale.*

Dans un précédent article, nous avons fait l'histoire du varicocèle ; nous devons, dans cette seconde partie, nous occuper des procédés opératoires que la chirurgie met en usage lorsque la maladie exige une opération.

Dès les temps anciens, on a pratiqué des opérations dans le but de guérir le varicocèle. D'après le témoignage de Celse, les anciens pratiquaient la cautérisation des veines avec le cautère actuel, lorsqu'elles étaient superficielles ; quand, au contraire, elles étaient profondes, ils les liaient et en pratiquaient l'extirpation.

Arculanus, dans le varicocèle, liait la veine en haut et en bas, l'excisait entre les deux ligatures et réunissait par suture. (Malgaigne, *Introd. à Ambr. Paré*, p. 91.) Ambroise Paré opérait de la même manière.

Ces procédés de ligature ont été suivis par Heister, J. L. Petit et plusieurs autres chirurgiens. Dionis regardait l'amputation comme l'unique moyen de guérir le varicocèle ; aussi ne voulut-il jamais faire usage d'un remède qu'il disait pire que le mal. Boyer, Richerand, Astley Cooper, Samuel Cooper, Dupuytren, proscrivirent de telles opérations que des chirurgiens modernes cherchent à rajeunir, à l'exemple de Delpech. Mais ces ligatures immédiates des veines furent suivies souvent d'accidents mortels : aussi sont-elles complètement abandonnées aujourd'hui.

Astley Cooper redoutait tellement les opérations sur les veines, que dans la maladie qui nous occupe il dit que mieux vaudrait pratiquer l'excision d'une partie du scrotum, afin de rétrécir les bourses et de former ainsi au testicule un suspensoir naturel. Pour cela, un aide refoule le testicule et les veines dilatées contre l'orifice externe du canal inguinal, en saisissant la peau relâchée du scrotum avec deux doigts, de manière que le dos de la main protége et le testicule et les veines. Le chirurgien alors, d'un seul coup de bistouri, enlève toute la portion de peau placée au-dessous de la main de son aide, en ayant soin d'éviter la cloison des dartos. Après quoi on pratique quelques points de suture.

Bien que M. Velpeau ait dernièrement exécuté ce procédé, je ne crois pas qu'il puisse être appliqué avec avantage ; mais il

est l'expression de la tendance des chirurgiens modernes à ne point agir autant que possible immédiatement sur les veines.

Au point de vue pratique, je devrais passer sous silence la tentative de guérison faite par M. Amussat. Ce chirurgien présenta à l'Académie royale de médecine, dans la séance du jeudi 12 février 1829, un malade sur lequel il avait pratiqué avec une apparence de succès (la maladie a depuis récidivé) la ligature de l'artère spermatique pour un énorme varicocèle : cette opération avait amené l'atrophie du testicule. M. Amussat a dû renoncer à ce procédé difficile dans son exécution, très-incertain, pour ne pas dire illusoire, dans ses résultats.

M. Gagnebé, dans la thèse qu'il soutint à Paris en 1830, considérant la phlébite comme pouvant être produite par l'action de l'air dans les veines, proposa la ligature sous-cutanée.

Depuis, sont nés beaucoup de procédés tendant tous à obtenir l'oblitération préalable des veines par inflammation adhésive, au moyen soit d'une pince, soit d'une épingle, ou d'un fil disposé de manière à étreindre plus ou moins médiatement les veines, tantôt en y comprenant la peau, tantôt, au contraire, en suivant la méthode dite sous-cutanée.

Avant d'entrer dans la description de chacun des procédés en particulier, nous devons d'abord donner les règles qui sont communes à tous. Ainsi la partie doit être préalablement rasée ; et pour rendre plus facile la recherche des veines variqueuses, il faut avoir soin de faire marcher le malade pendant une heure ou deux avant l'opération. Dans les temps froids, il pourrait être nécessaire de prescrire un bain de siége bien chaud, que le malade prendra immédiatement avant d'être opéré. Cette opération doit se faire autant que possible le malade étant debout ; mais il faut avoir soin de faire préparer un lit où l'on puisse coucher de suite le patient s'il vient à tomber en syncope.

Quel que soit le procédé opératoire au moyen duquel on se propose d'obtenir la cure radicale du varicocèle, il est un premier temps très-important dans lequel le chirurgien doit opérer la séparation des veines variqueuses du canal déférent et de l'artère spermatique. Pour y arriver, il faut saisir entre le pouce et les doigts indicateur et médius la tumeur tout entière et l'attirer à soi. Lorsque la tumeur est ainsi bien isolée du reste du scrotum, l'autre main, placée de la même manière que la première, recherche le canal déférent, toujours facile à isoler du paquet veineux. Ce canal, ordinairement du volume d'une plume de corbeau, dur, élastique, roulant sous les doigts, donne au malade, lorsqu'on le presse, une douleur analogue à celle qu'on détermine

par la pression du testicule. Il est situé ordinairement en arrière et en dedans des veines variqueuses.

Lorsque le canal déférent est bien reconnu, on le refoule en dedans et on l'y maintient, pour être bien sûr de n'agir ensuite que sur les veines et de ne le point comprendre soit dans la ligature, soit entre les mors de la pince. Pour plus de sécurité, il faut s'assurer de la présence des deux canaux déférents en dehors du pli cutané sur lequel doit porter l'opération; car il pourrait arriver qu'on fût induit en erreur par le canal déférent du côté opposé, qu'on explorerait croyant toucher celui du côté malade. Cette erreur, qui ne peut être commise lorsqu'on opère sur la partie la plus élevée des bourses, est très-possible lorsqu'il s'agit de poser une ligature au-dessous de la racine de la verge.

Procédé de Breschet. — Le mémoire dans lequel Breschet exposa son procédé fut présenté à l'Académie des sciences le 13 janvier 1834, et éveilla l'attention du monde chirurgical. Il consiste dans l'application de deux pinces qui, par compression, opèrent la mortification de la peau et des veines embrassées dans leurs mors.

La pince de Breschet est longue de 4 pouces environ; la branche mâle porte deux tiges verticales qui s'engagent dans deux mortaises correspondantes de la branche femelle; au moyen de cette union des deux branches, le parallélisme des deux mors se conserve, quel que soit le degré de rapprochement et d'écartement. La constriction s'opère au moyen d'une vis de pression. Les mors de la pince sont taillés en biseau comme la lame d'un couteau dont le tranchant serait émoussé, ou mieux, arrondi. Cette pince donc ne peut couper qu'au moyen d'une pression considérable et longtemps soutenue.

Les mors de cet instrument ont subi, depuis, bien des modifications : ainsi, dans la pince de M. Landouzy, l'un a été taillé en gouttière de manière à recevoir l'autre taillé en biseau et dentelé comme une petite scie. M. Charrière, par un mécanisme fort simple, a ensuite adapté à la gouttière dont nous venons de parler une petite lame mousse qu'on peut laisser ou retirer à volonté. M. le professeur Bérard, pour éviter que les veines et la peau, saisies par les mors, puissent s'échapper par l'extrémité libre de la pince, a cru devoir ajouter deux pointes d'aiguille qui pénètrent dans les tissus en arrière du paquet veineux et l'empêchent de fuir sous la pression.

En arrière des mors, Breschet a ménagé sur chacune des branches une échancrure qui forme un espace arrondi dans lequel se loge la portion externe du pli de la peau qu'il importe

de conserver. C'est cet espace que M. Landouzy a considérablement agrandi en le rendant quadrangulaire. Son intention fut d'allonger à volonté les mors de la pince au moyen de petites plaques de fer que porte chacune des branches, et qui, rendues mobiles au moyen de vis, comblent cet espace dans une plus ou moins grande étendue, à la volonté du chirurgien.

Telle est la description de l'instrument à l'aide duquel Breschet pratiqua l'opération du varicocèle.

Pour appliquer la pince, voici comment l'on doit procéder :

Pendant que le chirurgien saisit entre les doigts, dans un pli de la peau, toutes les veines variqueuses, de manière à laisser en arrière le canal déférent et l'artère spermatique qui lui est accolée, un aide embrasse la partie supérieure du pli avec les mors de la pince que l'on rapproche au moyen de la vis de pression, de manière à exercer une compression suffisante pour empêcher les veines de se dégager ; après quoi, le chirurgien, abandonnant le pli, vérifie si toutes les veines ont été bien saisies : dès lors, formant à la partie inférieure des bourses, dans le point le plus rapproché possible du testicule, un pli semblable au premier, le chirurgien maintient entre ses doigts le paquet variqueux jusqu'à ce qu'une seconde pince soit définitivement placée.

Quels sont les résultats immédiats et consécutifs de cette opération ainsi pratiquée ? Le mémoire fort intéressant de M. Landouzy (*Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, mars 1858) va d'abord nous fournir les premiers éléments de la réponse.

Au moment de la constriction, le malade éprouve une douleur assez vive qui s'étend le long du cordon et produit quelquefois la syncope. Pendant les premiers jours qui suivent l'opération, il se développe une inflammation vive ; la peau des bourses devient tendue, douloureuse au toucher ; le malade éprouve d'ordinaire des érections douloureuses qui interrompent son sommeil. On voit, dans quelques cas, survenir un gonflement du testicule. Si on pratique l'opération pendant l'existence d'une blennorrhagie, les symptômes de cette maladie s'aggravent et deviennent une véritable complication : c'est du moins ce qui arriva dans trois cas rapportés par M. Landouzy.

A la suite de l'opération, on observe encore, dans quelques circonstances, de la céphalalgie, une fièvre assez vive. On a vu de l'érysipèle se développer sur la tumeur. J'ai même vu, dans un cas, survenir un phlegmon diffus des bourses qui a nécessité plusieurs incisions : le malade eut des accidents fort graves ; mais cependant il guérit après deux mois de traitement. La section complète des parties comprises entre les mors de la pince s'ob-

tient du dixième au quinzième jour environ ; mais l'élimination des eschares, l'irrégularité des bords de la plaie, l'écartement de ces mêmes bords, rendent la cicatrisation de la plaie longue et difficile : elle se fait attendre quelquefois un mois, six semaines et plus, même après la chute des pinces.

Les accidents inflammatoires doivent être combattus au moyen de lotions réfrigérantes, soit avec des compresses imbibées d'eau froide sans cesse renouvelées, soit avec de l'eau blanche. Des frictions mercurielles, des lotions émollientes, des cataplasmes émollients, et même laudanisés, doivent amener du soulagement. Lorsque la douleur devient trop vive, les émissions sanguines sont même quelquefois nécessaires. Inutile d'insister plus longuement sur ces moyens, dont on comprend facilement et l'importance et le mode d'application suivant l'opportunité. Pour éviter la douleur si insupportable et si persistante des érections, il faut avoir grand soin, lors de l'application des pinces, de faire relever fortement la verge en haut, afin de conserver à l'organe une suffisante quantité de peau pour son ampliation, afin d'éviter autant que possible les tiraillements qui exaspèrent la douleur lorsque survient une érection. Comme les lambeaux qui résultent de la double plaie produite par l'application des deux pinces sont très-difficiles à maintenir, affrontés même par un bandage très-approprié, et restent toujours écartés l'un de l'autre par la disposition même des parties, les érections tirant en haut la lèvre supérieure tandis que le poids des bourses entraîne en bas la lèvre inférieure, une précaution à prendre devient très-importante dans l'application des pinces : elle consiste à conserver à la partie externe de la portion du scrotum embrassée par les pinces un pédicule de peau qui, en se logeant dans l'échancrure placée en arrière des mors de la pince, n'est soumis à aucune pression. Ce pédicule, qui doit être d'une certaine étendue après la chute des pinces, s'oppose à l'écartement trop considérable des lèvres de la plaie. Pour ce qui est du degré de gravité de ce procédé opératoire, il est incontestable que les suites de cette opération sont moins graves et beaucoup plus rarement funestes que par les procédés de ligature immédiate ; mais comme le but de ce mémoire est tout autant de signaler les avantages que les dangers des diverses méthodes opératoires, nous parlerons sans le moindre tempérament des faits connus qui seraient de nature à diminuer la trop grande confiance que les chirurgiens pourraient prendre dans l'innocuité et l'infaillibilité de cette méthode de traitement. Assez d'auteurs se trouvent entraînés à louer et à imiter sans restriction, à insister longuement sur les heureux

résultats, tout en laissant inaperçus ou justifiant même les insuccès, pour qu'on nous permette de nous occuper plus particulièrement de ces derniers.

Ainsi, moins dangereuse, comme je l'ai dit, que la ligature immédiate, ce n'est point une opération aussi innocente qu'on pourrait le croire en lisant certaines *publications bien encourageantes pour les malades*. Et d'abord, une opération dont les suites laissent attendre la guérison pendant six semaines à deux mois n'est pas une opération assez légère pour qu'on puisse l'employer comme moyen préventif d'accidents qui n'existent pas encore, qui peut-être n'arriveront jamais.

On cite un cas de mort à la suite d'une opération pratiquée par la méthode que nous venons de décrire : on n'en cite qu'un, c'est vrai, et, par opposition, on peut citer beaucoup de succès ; mais enfin un malade est mort.

Si nous examinons maintenant la question de la récidive, laissant de côté toutes les bonnes raisons qu'on pourrait tirer de l'anatomie pour établir *a priori* au moins que les récidives sont à craindre, et pour n'invoquer ici que les faits, nous dirons qu'elles ont lieu ; qu'en conséquence la guérison n'est pas constamment radicale. M. Landouzy cite une observation dans laquelle Breschet fut obligé de revenir à une nouvelle opération. La tumeur, bien que moins volumineuse, avait reparu quelques mois après la première opération. M. Landouzy explique cette récidive par la persistance d'une grosse veine qui avait échappé à la pince : c'est possible, et cela prouve qu'il n'est pas toujours facile d'embrasser toutes les veines entre les mors de la pince ; ce que l'on comprendra facilement en ne perdant point de vue que les veines de la cloison des dartos se développent elles-mêmes et deviennent variqueuses lorsque déjà la tumeur est considérable.

A la page 3 du mémoire de M. Vidal, nous lisons : « J'ai opéré avec *succès* un malade qui avait déjà subi l'application des pinces de Breschet et qui avait inutilement été soumis à la ligature de M. Ricord. » Il est probable que Breschet et M. Ricord avaient également opéré avec succès. Espérons, pour le malade et pour l'honneur du dernier procédé, qu'on ne sera pas obligé d'en inventer un quatrième pour mettre à l'épreuve le persévérant courage du malade.

Je dois à l'obligeance de mon collègue et ami M. Demarquay la note suivante : « Il y a dix-huit mois environ, Breschet m'emmena pour l'aider à opérer un jeune Américain affecté de varicocèle qui datait de plusieurs années. L'année précédente, une opération lui avait été pratiquée par Breschet pour la même

maladie. Cette opération avait été faite avec les pinces imaginées par ce professeur. *La première opération avait été suivie de succès* ; et cependant il réclamait encore les soins de ce chirurgien. En effet, le varicocèle des bourses était complètement guéri ; mais les veines du cordon s'étaient développées dans l'intérieur du canal inguinal, et par suite de ce gonflement, elles avaient fait hernie au dehors. La peau située au-dessus de la cicatrice s'était allongée et se prolongeait en forme de sac sur la cicatrice ancienne. Une pince fut appliquée au niveau de l'orifice externe du canal inguinal, et le malade guérit. » — Voilà donc encore un nouveau cas de récidive.

Pour fixer la science à l'égard des récidives, il serait bon que tous les insuccès fussent enregistrés et livrés à la publicité. M. Landouzy dit que plus de cent malades avaient été opérés avec succès par Breschet ; d'autres chirurgiens pourraient également en compter un grand nombre. Mais la guérison apparente dans les premiers temps qui suivent l'opération s'est-elle constamment maintenue? voilà ce dont il est permis de douter.

Procédé de M. Sanson. — Il consiste dans l'application d'une pince à mors plats et garnis dans le but d'obtenir sans destruction de tissu l'arrêt de la circulation, l'adhésion des parois veineuses et l'oblitération des veines par la formation d'un caillot. Ce moyen, qui, à proprement parler, n'est point une opération, ne peut être considéré que comme un palliatif plus efficace, au moins temporairement, que tous les autres ; mais on ne peut compter sur lui pour obtenir l'oblitération définitive des veines qui redeviennent rapidement perméables au sang.

Procédé de M. Renault, de Toulon. — Ce chirurgien conduit, au moyen d'une aiguille, en arrière des veines variqueuses, un fil dont on ramène les deux extrémités en avant pour étrangler sur un petit cylindre de bois ou une plume les veines et la peau embrassées par le fil. En augmentant chaque jour la constriction, on obtient en peu de temps la division des veines et de la peau ; la plaie qui en résulte doit ensuite être pansée comme une plaie simple.

M. Fricke fait passer à travers les veines variqueuses un ou plusieurs sétons. Le fil est ensuite enlevé le second ou le troisième jour, après que sa présence dans le calibre de la veine a déterminé l'inflammation des parois, la coagulation du sang, et par conséquent l'arrêt de la circulation et l'oblitération des vaisseaux.

Ce procédé, plus dangereux que le précédent, en ne détruisant pas la continuité de la veine, expose à la récidive, qui

devient presque inévitable aussitôt que la perméabilité de la veine se rétablit par l'absorption du caillot.

Procédé de M. Velpeau. — Ce professeur fait passer à travers le pli de la peau une forte épingle en arrière des veines ; puis sur cette épingle il opère la constriction au moyen d'un fil qu'il place en 8 de chiffre comme pour la suture du bec-de-lièvre ; ou, mieux encore, ce chirurgien, faisant soulever fortement les extrémités de l'épingle, place en arrière d'elle une ligature circulaire qui étrangle toutes les parties. La pointe de l'épingle est ensuite coupée à l'aide de la tenaille incisive, et l'opération est terminée.

On en comprend facilement le résultat : les veines ainsi étranglées avec la peau s'enflamment, se remplissent d'un coagulum qui les rend dures et résistantes au toucher, et si la constriction est assez forte, on obtient la section complète de la peau et des veines qui amène la chute spontanée de l'épingle. La ligature tombe d'ordinaire vers le dixième ou le douzième jour. On doit placer une seconde ligature à une distance de deux travers de doigt environ de la première, afin de détruire les veines dans une plus grande étendue. La plaie consécutive à la chute de la ligature est ensuite traitée comme une plaie simple ; des accidents graves sont quelquefois survenus à la suite de cette opération : on a vu des phlegmons diffus des bourses. Chez un malade (Dufresse, *Journal hebdomadaire*), la tunique vaginale s'est enflammée ; sa cavité est devenue le siége d'une abondante suppuration qui, pour être évacuée, a nécessité l'incision de ses parois.

Le procédé de M. Velpeau, plus simple que celui de Breschet, puisqu'il n'exige pas d'instrument particulier, n'est certainement pas plus exempt de danger. Ce professeur paraît avoir abandonné depuis ce procédé.

Procédé de M. Ricord. — Avec une aiguille droite portant un fil double dont l'extrémité forme par conséquent une anse, on traverse le pli de la peau de manière à passer entre le canal déférent et les veines ; puis, abandonnant les veines à elles-mêmes et ne pinçant plus que la peau seule par l'ouverture de sortie de la première aiguille, on en fait pénétrer une autre qui, portant également un fil double, doit être conduite en avant du paquet veineux et sortir par l'ouverture d'entrée de la première aiguille ; de sorte que le varicocèle se trouve circonscrit en avant comme en arrière par un double séton n'ayant l'un et l'autre qu'une même ouverture d'entrée et de sortie. Il faut alors engager de chaque côté les deux chefs du fil double dans

l'anse correspondante formée par l'autre fil. Par ce moyen, les veines se trouvent embrassées dans un nœud coulant qu'il s'agit de serrer. Pour cela, il suffit de tirer fortement sur les fils qu'on engage ensuite dans un serre-nœud particulier que M. Ricord a fait exécuter à M. Charrière.

Le but de cet instrument est de donner aux fils un point d'appui tel qu'on puisse exécuter sur eux une traction graduelle et soutenue jusqu'à la complète section des veines.

Ce serre-nœud est une espèce de fer à cheval dont l'extrémité des branches est percée d'une ouverture par laquelle s'engage le fil qui, en suivant la gouttière tracée sur la convexité de l'instrument, vient se réunir par un nœud avec celui du côté opposé sur un petit treuil placé au centre de l'instrument.

En tournant chaque jour ce treuil, on rend la constriction de plus en plus forte jusqu'à section complète des veines. Lorsqu'elles sont coupées entièrement, les deux fils de la ligature ne forment plus qu'un séton mobile dans la plaie sous-cutanée. On peut dès lors retirer les fils et l'instrument.

Lorsque le varicocèle est considérable, il faut placer deux ligatures pour interrompre la continuité des veines dans plusieurs points de leur étendue. Voici, du reste, quelques observations qui montreront les détails de ce procédé.

Obs. I. — *Récidive.* — Le nommé Couvreur, âgé de 20 ans, peintre en bâtiments, couché au n° 25 de la salle 7e, est entré à l'hôpital du Midi, le 3 janvier 1840, pour se faire opérer d'un varicocèle du côté gauche. Dès l'âge de 10 ans, il s'est aperçu du développement des vaisseaux qui, aujourd'hui, sont très-volumineux : il demande à se faire guérir, autant, dit-il, pour éviter les douleurs que lui occasionne le poids de la tumeur, que pour abandonner l'usage du suspensoir, dont l'emploi le gêne, pour le moins, autant que son varicocèle. Le 8 janvier, le paquet vasculaire est embrassé, ainsi que nous l'avons dit, par les doubles fils, dont la constriction est exercée de suite au moyen du serre-nœud. Le malade n'éprouva qu'une douleur peu vive qui cessa complètement quelques minutes après l'opération. Le 10 janvier, il y a un peu d'inflammation aux environs de la ligature, qui est serrée de nouveau. Le 12, on commence à sentir au-dessus et au-dessous de la ligature les veines formant des cordons noueux. Un peu de suppuration se fait jour par les ouvertures du séton que forment les fils. La ligature est de nouveau serrée. Le 18, le scrotum du côté gauche forme une masse dure et résistante ; il y a une inflammation assez vive de tout le tissu cellulaire environnant les veines : un cataplasme est

appliqué sur la partie ; on supprime une partie des aliments au malade, qui avait toujours mangé la demi-portion sans jamais avoir eu la moindre réaction fébrile. Le 20, l'inflammation s'était éteinte et ne faisait plus craindre la formation d'un abcès. On prescrit des compresses résolutives sur le scrotum ; la ligature est serrée tous les jours. Le 23 janvier, elle devient mobile ; on la retire, et l'oblitération des veines est complète. Le 26, le noyau d'induration commence à diminuer. Le malade demande sa sortie et l'obtient. Le malade est revenu se faire voir le 10 mars, et la guérison s'était maintenue ; le scrotum était revenu sur lui-même. Il s'est présenté de nouveau dernièrement à nous ; il avait abandonné son suspensoir, et n'éprouvait pas la moindre douleur, pas la moindre gêne.—On voit, par l'observation qui précède, que la chute de la ligature est arrivée le quinzième jour de l'opération, qu'aucun accident inflammatoire inquiétant n'est survenu pendant le traitement, et que la guérison s'est obtenue sans le moindre encombre ; ce qui arrive le plus ordinairement.

Dans le cours de l'été de la même année, ce malade, dont la guérison avait paru d'abord si complète, est revenu pour se faire opérer de nouveau. Il le fut par le même procédé : tout se passa comme la première fois, avec une égale apparence de succès. J'ai revu, en 1842, le malade, et la guérison ne s'était pas maintenue.

Obs. II. — *Anomalie de situation du testicule et de son canal déférent.* — Le nommé Saint-Martin, dont nous avons rapporté la première partie de l'observation, qui n'était entré à l'hôpital qu'à cause de la persistance d'une induration de l'épididyme suite de blennorrhagie, est opéré de son varicocèle de la manière suivante : En formant le pli de la peau pour embrasser le paquet vasculaire, M. Ricord reconnaît une inversion complète du testicule : l'épididyme se trouve en avant et en bas, et le testicule en haut et en arrière ; on en juge facilement par l'induration de l'épididyme et la perception de l'élasticité normale du testicule. En remontant de l'épididyme au canal déférent, on retrouve ce dernier situé en avant du paquet veineux. Cette particularité fit apporter la modification suivante dans le procédé : M. Ricord commença par placer un fil entre le paquet veineux et le canal déférent qui resta en avant avec le pli cutané ; le second fil fut ensuite placé en arrière du paquet veineux. Le reste de l'opération fut terminé comme à l'ordinaire.

Opéré le 18 février, il n'éprouva que peu de douleur au moment de l'opération, parce qu'on ne fit alors qu'une constriction très-modérée qui fut ensuite augmentée successivement les jours

suivants. La section des veines ne fut complète que le 10 mars, et le malade sortit guéri le 17 du même mois. On avait tenu sur les bourses, pendant toute la durée du traitement, des compresses imbibées d'une solution de sel ammoniac; le malade n'éprouva pas la moindre réaction fébrile pendant toute la durée du traitement.

—L'observation précédente nous offre l'exemple d'une anomalie qui n'est pas très-rare, et que nous avons bien des fois constatée en observant les orchites ou épididymites blennorrhagiques. Nous avons vu bien souvent M. Ricord attirer l'attention des élèves sur cette disposition inverse de l'épididyme par rapport au testicule; elle a été signalée par le professeur Velpeau. Scarpa l'avait lui-même décrite.

On comprend l'importance de ce fait dans la pratique de l'opération du varicocèle; car, dans la persuasion où le chirurgien pourrait se trouver de l'existence du canal déférent toujours à la partie postérieure de la tumeur, il serait facile de prendre le canal déférent du côté opposé pour celui qu'on doit refouler en arrière. Cette erreur ne serait point possible si l'opération se pratiquait au-dessus ou même au niveau de la racine de la verge; mais cette méprise pourrait être commise lorsqu'on opère sur la partie la plus déclive du scrotum.

Aussi M. Ricord recommande-t-il de s'assurer par le toucher de la présence des deux canaux déférents avant de passer la ligature : c'est une sage précaution, comme, du reste, nous l'avons dit plus haut. Relativement au fait dont nous venons de parler, il eût toujours été facile, soit en appliquant la pince de Breschet, soit en se servant d'une épingle comme le fait M. Velpeau, d'éviter le canal déférent.

Dans cette ligature sous-cutanée des veines, imaginée par M. Ricord, la division des tissus se fait par un travail inflammatoire et suppuratif, et le produit de la suppuration se fait jour par les ouvertures d'entrée et de sortie du séton. Lors même que cette inflammation s'étend davantage, on voit survenir un véritable phlegmon plus ou moins étendu, et qui nécessite une incision du foyer pour évacuer le pus. Sur quinze observations que nous avons recueillies, nous avons vu trois fois cet accident peu grave en soi.

Cette ligature, qui n'est qu'un nœud coulant qu'on sert au moyen de l'instrument que nous avons décrit plus haut, donne au chirurgien la faculté de retirer la ligature quand bon lui semble. Si pour cause d'accident, par exemple, on voulait enlever la ligature, il suffirait de tirer sur un des fils dédoublés pour le retirer tout entier et dégager l'autre; mais je dois dire que

dans aucun cas M. Ricord n'a été obligé d'enlever, pour cause d'accident, la ligature avant la complète section des veines ; ce qui rend peu importante la faculté de pouvoir retirer la ligature à son gré. Aussi le premier procédé de M. Ricord, qui consistait à contourner sous la peau les veines avec une aiguille et à les étreindre immédiatement dans une seule anse de fil, nous paraît-il préférable à l'emploi du serre-nœud. M. Ricord, qui d'abord s'était contenté d'une simple ligature sous-cutanée, y avait substitué la ligature telle que nous l'avons décrite plus haut. Dans ces dernières années, M. Velpeau s'arrêta à la ligature sous-cutanée des veines comme la pratiquait M. Ricord : je crois même que ce dernier est revenu à son premier procédé, et abandonne à peu près complètement le serre-nœud.

Le procédé de ligature simple sous-cutanée des veines se fait de la manière suivante : une aiguille traverse le pli de la peau en arrière des veines ; alors, le pli de la peau étant abandonné, on fait pénétrer l'aiguille par son ouverture de sortie, et elle est conduite immédiatement sous la peau en avant des veines jusqu'à son ouverture d'entrée. Le paquet vasculaire se trouve ainsi embrassé par une anse de fil dont les deux chefs n'ont qu'une même ouverture d'entrée et de sortie. On opère la constriction définitive par un nœud, et l'opération est terminée.

Ce procédé de la ligature sous-cutanée des veines a sur celui de Breschet et celui de M. Velpeau l'avantage de ne point produire ces larges déperditions de substance qui laissent une plaie toujours longue à se cicatriser et qui retardent ainsi la guérison ; mais aussi il a l'inconvénient, en conservant l'intégrité de la peau, de ne point diminuer le volume exagéré du scrotum, tandis que la pince de Breschet, en détruisant la peau dans une assez grande étendue, forme en quelque sorte un suspensoir naturel tant par l'adhérence des cicatrices que par la diminution d'étendue des enveloppes scrotales.

L'emploi du serre-nœud nous paraît d'une inutilité complète, puisque l'expérience nous a appris que son emploi ne rendait pas plus prompte la chute des ligatures qui arrive d'ordinaire du quinzième au vingtième jour.

Nous connaissons un cas de récidive chez un malade opéré par M. Velpeau. Un de nos collègues d'internat s'est fait opérer par M. Ricord de son varicocèle, moins pour obvier à la gêne qu'il en éprouvait que dans la crainte de le voir augmenter par les fatigues de l'exercice de la médecine à la campagne. J'ai su depuis que cette opération n'avait eu aucun résultat.

A côté de ces insuccès, je pourrais citer bon nombre de gué-

risons, ou du moins qu'on pouvait juger telles, soit immédiatement, soit même quelques mois après l'opération ; mais ces guérisons se sont-elles maintenues toutes, ou dans quelle proportion de fréquence et d'intensité la récidive de la maladie s'est-elle montrée ? je l'ignore complètement.

Un malade opéré dans le service de M. le professeur Bérard, par le procédé de M. Ricord, a succombé. Ce procédé n'est donc point exempt de tout danger.

Procédés de M. Vidal. — Premier procédé. — Une aiguille droite, forte et terminée en fer de lance, est taraudée à l'autre extrémité dans le sens de son axe. Un fil d'argent très-faible, du diamètre d'une grosse épingle et dont on a replié le bout, est vissé sur cette aiguille. Au moyen de cette aiguille, le fil d'argent traverse le pli de la peau en arrière du paquet variqueux ; le fil ainsi placé en arrière des veines forme une anse dont les deux bouts sortent par les ouvertures d'entrée et de sortie de l'aiguille. Entre ces deux ouvertures est placé le globe d'une petite bande ; c'est sur cette espèce de coussinet que le fil est noué : au dessous de ce nœud, on passe la sonde cannelée qui représente le bâtonnet de l'ancien compresseur des artères, et on le fait tourner comme lui.

Au moyen de ce levier, on peut, en tournant toujours dans le même sens, opérer une très-forte compression. En tournant dans un sens contraire, on peut diminuer à volonté la constriction.

Deuxième procédé.—Enroulement des veines du cordon spermatique. — Un fil d'argent est placé en arrière des veines variqueuses comme dans le procédé que nous venons de décrire.

Un autre fil, conduit par une aiguille semblable à la première, est placé en avant des veines, immédiatement sous la peau, en ayant soin de faire pénétrer et sortir l'aiguille par les mêmes ouvertures qui ont servi de passage à la première.

Ce second temps de l'opération exécuté, on doit tordre les extrémités des fils : le premier effet de cette torsion est de resserrer de plus en plus l'anse qui contient les veines. En tournant ensuite sur son axe, ce cordon métallique enroule nécessairement autour de lui les parties contenues entre les deux fils qui le composent. C'est ainsi que les veines s'enroulent sur ce double fil métallique comme la corde s'enroule sur un cabestan : d'où il résulte une espèce de peloton dont la bobine est représentée par les deux fils d'argent réunis.

On place alors un petit globe de bande sur la pean, entre les ouvertures d'entrée et de sortie du cordon métallique, dont les

deux bouts sont fixés sur ce tampon par une nouvelle torsion.

Tels sont les deux nouveaux procédés imaginés par ce chirurgien. A l'appui de cette méthode de traitement, nous trouvons dans la brochure qu'il vient de publier quinze observations. Nous aurions pu en rapporter le double en faveur des procédés de M. Ricord et de M. Velpeau ; mais à quoi bon?

Après avoir fait une peinture sombre, mais parfaitement exagérée de cette infirmité si souvent légère et insignifiante, M. Vidal examine la médecine opératoire du varicocèle. N'était-il pas nécessaire que ce chirurgien se fît illusion sur la gravité du mal pour motiver dans sa conscience les quatre-vingts opérations de varicocèle qu'il dit avoir pratiquées, et dans un assez court espace de temps? En lisant même une à une les observations qu'il a publiées, il serait difficile d'y retrouver ces caractères alarmants de la description générale, et il ne peut en être autrement ; car si le varicocèle est une maladie très-commune, il est du moins très-rare qu'elle détermine des accidents sérieux.

Quant au résultat de la ligature avec enroulement des veines, il est à peu près le même que celui des pinces de Breschet ou de l'épingle de M. Velpeau. Ce mode de ligature produit une déperdition de substance considérable, et la guérison ne s'obtient pas en moins de six semaines ou deux mois. Au point de vue des récidives, le temps jugera l'efficacité relative ou absolue de cette méthode de traitement qui ne peut pas être moins dangereuse que les autres.

---

11. *Remarques cliniques sur les opérations autoplastiques en général, et en particulier sur la staphyloraphie, à propos d'une opération pratiquée par ce professeur.* — Hôtel-Dieu. — M. Roux.

(Suite : *voir* t. 155, juillet 1845, p. 75.)

(Gazette des Hôpitaux, N° 86.)

M. Roux a opéré de la staphyloraphie la jeune fille dont nous avons parlé. Elle avait une division congénitale du voile du palais avec écrasement médiocre des os palatins s'étendant jusqu'à l'arcade dentaire, où l'écartement avait disparu à la suite de l'opération du bec-de-lièvre, que la jeune personne avait subie dans son enfance. La réunion de l'arcade alvéolaire était imparfaite et irrégulière : c'est, du reste, ce qui arrive dans ce cas, comme l'observe M. Roux. La nature, lorsqu'on a opéré le bec-de-lièvre dans ces circonstances, travaille au rapprochement des parties osseuses qui étaient écartées ; mais elle y réussit imparfaitement. Ordinairement, ces parties, en se rapprochant, ne

se trouvent plus sur le même plan, et il en résulte une réunion plus ou moins irrégulière.

Chez la jeune fille, non-seulement il y avait cette division du voile du palais compliquée de la séparation de la voûte palatine en arrière, mais il existait aussi deux circonstances fâcheuses, c'est-à-dire une profondeur extraordinaire de la cavité buccale, qui empêchait de manœuvrer un peu à son aise, et ensuite une étroitesse particulière des deux parties du voile du palais, surtout de celle du côté droit, qui faisait saillie comme une sorte de tubercule plutôt que sous la forme d'une toile.

L'opération fut pratiquée d'après la méthode et les règles que le professeur suit depuis si longtemps. La suture qu'on a appliquée fut simple; mais à cause de l'écartement des os palatins qui compliquait la division des parties molles, l'opérateur a dû, d'après son habitude, faire des incisions transversales sur les côtés pour faciliter la réunion. Tout cela produisit un certain embarras, une lenteur dans l'opération. Le fil d'en haut, près de la voûte palatine, fut très-difficile à placer du côté droit, à cause de l'extrême étroitesse du voile du palais de ce côté; ensuite, au moment de faire l'incision transversale de ce voile, pour le séparer du bord postérieur de la voûte, on se vit obligé de la pratiquer tout près du troisième fil, en commençant par en bas, l'espace étant très-petit, et on s'est bientôt aperçu que ce troisième fil devenait inutile. On a alors lié très-bien les deux premiers fils, mais non le troisième, qu'on a enlevé en défaisant le nœud. Il en résulte que le voile du palais est uni seulement par deux points de suture au lieu de trois, comme M. Roux a l'habitude de le faire; et, malgré cela, la réunion, dit le professeur, pourrait bien s'opérer dans toute l'étendue, comme il pourrait arriver le contraire.

Sans doute on doit beaucoup désirer que cette réunion soit complète; mais quand même elle ne serait que partielle, ce serait déjà un bon résultat, d'autant plus qu'à la suite le rapprochement des parties non réunies peut se faire, et la réunion devenir presque complète avec le temps. Une fois que la nature a un point d'appui, elle part de là pour opérer le reste, et y réussit souvent d'une manière admirable. Voici un fait qui prouve évidemment ce que je viens d'avancer :

L'année dernière, par un hasard singulier, j'eus dix opérations de bec-de-lièvre à faire dans l'espace de quelques mois. Ceux qui ont suivi le cours clinique alors ont pu voir presque toutes les espèces les plus variées de cette difformité et s'en faire une bonne idée pratique. Je n'entrerai dans aucun détail à cet égard.

J'eus à opérer trois autres cas en ville, et, parmi eux, celui que je veux vous faire connaître, et qui cadre avec notre sujet.

On m'appelle pour opérer un enfant né de la veille, et affecté de bec-de-lièvre qui avait jeté l'alarme dans la famille. Le cas était simple ; seulement il y avait un petit écartement de l'arcade dentaire. Avant de l'opérer, je fis bien observer aux parents qu'il s'agissait d'un enfant bien jeune, puisqu'il n'avait qu'un jour, ce qui était une condition défavorable ; mais on était impatient de sortir d'inquiétude, et on me pria d'opérer. L'opération fut fort simple, et la réunion fut d'abord très-complète ; mais l'enfant n'avait pas teté depuis quelque temps et dépérissait considérablement. On pensa à le nourrir. A la suite des mouvements auxquels la lèvre se livre pendant l'allaitement, elle commença à se désunir en haut, et peu à peu elle se disjoignit presque entièrement ; les deux parties ne tenaient plus que par un petit point au bord libre. Je désespérais complètement du succès de l'opération et de la vie de l'enfant ; je conseillai de le nourrir au biberon, et je ne le revis plus pendant quelque temps. Je fus fort étonné, au bout de quinze jours, d'apprendre que l'enfant s'était remis, et que la lèvre opérée s'était de nouveau réunie. Je l'ai vu encore dernièrement, et je fus émerveillé du résultat : la réunion de la lèvre est parfaite. Tout le travail est dû aux simples efforts de la nature. Ainsi, il faut espérer que la réunion du voile du palais chez notre jeune opérée, quoiqu'incomplète pour le moment, deviendra entière et parfaite plus tard, d'après le travail de la nature.

C'est quatre jours après l'opération que nous avons l'habitude d'ôter les points de suture ; jusqu'alors les opérés ne doivent ni manger, ni boire, ni parler, et se nourrir, autant qu'on peut, par des lavements nutritifs. C'est là certainement un des inconvénients d'opérer des sujets encore jeunes, qui supportent une diète si prolongée, et tombent rapidement quelquefois dans un état de faiblesse inquiétant : c'est pourtant une précaution indispensable pour le succès de l'opération. C'est une chose très-remarquable que pendant la déglutition, les deux parties d'un voile du palais séparées se rapprochent au lieu de s'écarter. J'ai observé ce phénomène sur le jeune Américain que j'ai opéré pour la première fois ; c'est même de là que je suis parti pour concevoir la possibilité de la réunion de cet organe. Et pourtant les traités de physiologie apprennent généralement le contraire ; ils vous disent, et nous avons tous appris par eux, que le voile du palais, dans l'acte fonctionnel indiqué, se distend, s'élargit, etc. La meilleure manière d'obtenir une réunion sûre du voile du

palais suturé, c'est absolument de le laisser dans le repos complet pendant un temps suffisant. C'est ce que nous allons faire pour notre jeune fille.

Après avoir parlé de l'opération faite, M. Roux est revenu à la staphyloraphie elle-même, considérée en général, et finit par les remarques suivantes :

Depuis le moment que cette opération fut instituée, elle subit le sort des opérations nouvellement introduites dans l'art. On s'en défia tout d'abord, et pendant un certain nombre d'années presque tous les cas de staphyloraphie passèrent par nos mains : plus tard, les autres chirurgiens la pratiquèrent à leur tour, et elle finit par devenir une opération ordinaire. On pensa alors s'il ne serait pas possible de simplifier le procédé que j'avais imaginé. Souvent dans les livres et dans les cours de médecine opératoire, on parle des instruments que j'ai introduits pour cette opération ; on me fait à cet égard plus de mérite que je ne crois avoir : je n'ai pas imaginé pour cela d'instruments nouveaux ; je me suis servi de ceux qui étaient déjà connus dans la science. Ainsi j'emploie des ciseaux coudés un peu plus longs que les ordinaires pour faire l'avivement des bords, comme je pouvais employer indifféremment un bistouri d'une longueur convenable ; je me sers d'un porte-aiguille commun pour placer les aiguilles, et je fais la suture simple à points séparés. J'emploie de préférence des aiguilles courbes très-fines que je fais passer d'arrière en avant. Voilà comme je procède et les instruments dont je fais usage.

L'application de ce procédé, quoique simple, a ses difficultés, à cause de la sensibilité exquise des parties sur lesquelles on opère, et de la profondeur considérable où elles se trouvent placées, qui embarrasse beaucoup les manœuvres. Cela fit penser à la rendre plus prompte et plus aisée. Y a-t-on réussi ? M. Auguste Bérard a cru plus convenable de faire agir les aiguilles d'avant en arrière, au lieu de les placer d'arrière en avant, comme je procède; car, dit-il, on voit de cette manière le point sur lequel on veut agir. Eh bien ! en mettant de côté tout amour-propre et toute prévention en faveur de ma manière de faire, je dirai franchement que ce n'est pas ainsi simplifier l'opération, mais au contraire s'exposer à des mécomptes. Voici pourquoi : Quelquefois les parties sont si étroites qu'on n'a pas de place pour faire agir l'aiguille d'avant en arrière, et ensuite il serait plus embarrassant, lorsque l'aiguille serait fixée, d'aller la saisir parderrière le voile, tandis que la manœuvre est très-simple comme je la pratique. Encore une fois, j'ai dit cela parce que je le crois

vrai et juste, et non pas par un aveugle attachement à ma manière de procéder.

On a imaginé aussi des instruments à l'aide desquels on croyait pouvoir enfoncer les aiguilles dans les tissus, et les saisir d'un seul coup : ces instruments sont très-jolis, très-ingénieux ; mais je crois qu'ils font que le chirurgien agira un peu à l'aveugle, et l'exposent à faire des points de suture trop près du bord libre des parties ; ce qui est un grand inconvénient. Je ne tarirais pas si je voulais vous exposer toutes les innovations, tous les instruments nouveaux introduits à cet égard, surtout en Allemagne ; mais je crois que ce serait vous surcharger la mémoire sans beaucoup de profit. Quant à moi, jusqu'ici je ne crois pas nécessaire de changer mon procédé et mes instruments si simples qui m'ont donné d'assez bons résultats, d'autant plus que les résultats obtenus par les autres, d'après les modifications introduites, ne sont pas si saillants, autant qu'il est à ma connaissance.

Il est plus utile de connaître les résultats généraux que donne cette opération. Certes, il s'agit d'une difformité bien grande, en ce sens qu'elle expose ceux qui en sont affectés à de très-grands désagréments à cause de leur voix nasillarde et très-imparfaite : c'est au point que beaucoup d'entre eux ne peuvent pas se faire une position sociale, tout en ayant des moyens intellectuels très-développés. Ainsi, il n'y a pas de sacrifices que ces malheureux ne soient disposés à faire pour se débarrasser de leur imperfection, et il est du devoir des homms de l'art de les satisfaire toutes les fois que les moyens qu'on emploie ne compromettent pas trop prochainement la vie des sujets. Il est donc curieux de connaître les dangers auxquels expose l'opération à l'aide de laquelle on fait cesser plus ou moins complètement cette difformité.

Il faut distinguer les dangers auxquels elle expose des résultats, soit heureux, soit nuls, qu'elle peut produire. Chose remarquable ! quoiqu'on opère sur des parties très-délicates et sensibles, et qu'on soit obligé de condamner les malades à une diète longue et rigoureuse, le danger n'est pas grand. Sur les 109 opérations que nous avons pratiquées, nous n'avons eu que 3 cas fâcheux ; et il faut encore ici distinguer les circonstances particulières qui accompagnèrent ces événements funestes.

Le premier cas fut celui d'une jeune fille fort bien constituée et dans un état de santé florissante ; elle avait une désunion du voile du palais simple. Je l'opérai sans difficulté ; mais peu de temps après l'opération, une inflammation violente s'empara de la gorge, et la pauvre fille succomba dans l'espace de peu de

jours : c'était ma cinquante et unième opération de ce genre. C'est à l'hôpital de la Charité que je l'opérai ; et sans aucun doute l'opération fut la cause principale la plus appréciable de la terminaison fatale : ici il n'y a rien à opposer.

Le second cas est le suivant : Il y a quelques années, il me fut amené de Londres une demoiselle de quinze à seize ans : c'était la fille de lord Lyndhurst, un des membres influents du parlement anglais, qui la conduisait lui-même à Paris. Elle avait aussi une division simple du voile du palais. Je l'opérai sans avoir été trop renseigné sur l'état de santé précédent et habituel de la jeune fille. La réunion fut d'abord complète, et déjà l'on se félicitait d'un succès parfait. Son père était pressé de partir, et le jour du départ était fixé, lorsque l'opérée commença à tousser et à présenter les symptômes d'une affection organique du poumon. Elle avait déjà éprouvé des symptômes semblables, quoique moins intenses, dans son enfance; on ne me l'avait pas dit. Bref, les phénomènes prirent une intensité telle, que la pauvre demoiselle succomba d'une véritable phthisie aiguë dans l'espace de deux mois. Dans ce cas, l'opération a bien pu être pour quelque chose dans le développement de cette affection mortelle ; mais le germe préexistait, et tôt ou tard la mort serait arrivée inévitablement indépendamment même de l'opération.

Le troisième cas est le plus curieux et mérite d'être exposé avec quelques détails. C'était en 1834 que je pratiquai cette opération : c'était ma quatre-vingt-troisième. Le sujet en fut un jeune Irlandais, âgé de vingt et un ans, appartenant à une famille distinguée d'Irlande. Il portait sa difformité depuis sa naissance, et il avait attendu jusqu'à l'âge indiqué pour se confier aux hommes de l'art afin d'en être débarrassé. D'ailleurs, sa mère s'était toujours opposée à toute espèce d'opération, parce qu'ayant perdu son mari à la suite d'une opération très-simple, elle fut tellement impressionnée par ce triste événement, qu'elle craignait pour ses enfants les suites d'une opération quelconque, et était poursuivie d'une espèce de pressentiment qu'il leur arriverait malheur s'ils se soumettaient à une opération. Cette bonne dame avait trois fils et en était tendrement aimée. Le jeune homme affecté de division du voile du palais, voulant guérir de son infirmité sans contrarier et effrayer nullement sa mère, prétexta le motif d'un voyage à Londres avec ses frères, et ils partirent tous trois ensemble. Arrivés à la capitale britannique, ils allèrent consulter Astley-Cooper, qui les engagea à venir à Paris et à se confier à mes soins. C'était l'époque des fêtes de juillet. Les trois frères écrivirent à la mère qu'ils allaient faire

un petit voyage jusqu'à Paris pour y voir les fêtes, et qu'ils seraient bientôt de retour. Ils vinrent donc me voir, et je fis l'opération sans savoir toutes les circonstances étranges, je dirais presque toutes les futilités qui se présentèrent dans leur voyage, et que j'appris plus tard. Ainsi, par exemple, lorsqu'ils furent à Londres, étant allés faire une visite à un des acteurs distingués de la scène anglaise, ils ne purent le voir qu'au théâtre, et l'aperçurent la première fois sur la scène, jouant le rôle d'Hamlet, et tenant dans ses mains l'urne des cendres, etc. Arrivés à Paris, ils allèrent jusqu'à la butte Montmartre, entrèrent dans le cimetière, et là le malade dit à ses frères : « *Je pourrais bien être enterré ici.* »

C'est sous l'influence de ces circonstances tristes que le jeune homme, l'imagination frappée déjà par les pressentiments sinistres de sa mère, se soumit à l'opération. Celle-ci, du reste, fut très-simple; mais au moment de la terminer, je vis dans la figure de mon jeune homme un changement extraordinaire, tout à la fois la joie de la voir terminée et l'effroi d'en subir de fâcheuses conséquences : j'en fus extrêmement étonné et effrayé moi-même. Un état nerveux épouvantable se développa bientôt après, l'opéré tomba rapidement dans un affaissement physique et moral tel, qu'au cinquième jour, il expira, sans que rien pût l'arracher à la terminaison fatale. C'est un des faits qui m'ont le plus frappé dans ma carrière chirurgicale et que je n'oublierai jamais... Voilà les trois cas funestes que j'ai eus dans toutes les opérations de staphyloraphie que j'ai pratiquées.

Après ces cas de terminaison fatale, qui sont très-rares, comme vous le voyez, il y en a un certain nombre qui, sans exposer la vie du malade, ne sont pas heureux, en ce sens que l'opération ne produit pas son effet. Il faut diviser ces cas en deux catégories : selon que la division du voile du palais est simple, ou qu'elle est accompagnée de séparation plus ou moins considérable de la voûte palatine. Il y a des succès et des insuccès dans les deux catégories ; mais je n'ai pas le chiffre exact de ces résultats : seulement on peut dire, en général, que l'opération réussit plus souvent dans les cas de division du voile du palais sans complication, et que la différence entre ces cas et ceux où il y a complication d'écartement de la voûte palatine est d'un tiers en faveur des premiers. Il ne faut pas pourtant se figurer que la division de la voûte palatine soit toujours un obstacle à la réussite de l'opération, car nous avons eu de très-beaux résultats aussi dans ces cas très-compliqués.

Quatre jours après l'opération, la malade allait très-bien. Les

fils furent enlevés, et la réunion des parties était parfaite ; seulement, comme cette réunion était loin d'être encore assez solide, on recommanda à l'opérée les plus grandes précautions jusqu'à la cicatrisation complète de la plaie. On lui permit de prendre une tasse de bon bouillon ; on continuera maintenant à la nourrir par la bouche à l'aide d'aliments liquides... Ici M. Roux répare une petite omission commise dans ses précédentes leçons sur l'autoplastie, à propos des règles à suivre pendant l'inflammation qui se développe ordinairement à la suite des opérations autoplastiques.

L'inflammation consécutive à ces opérations, dit M. Roux, peut présenter différents caractères qu'il est indispensable de connaître. Certes, il serait à désirer qu'elle restât toujours dans les limites d'inflammation adhésive ; mais souvent elle va plus loin, et finit par frapper de gangrène les tissus, surtout lorsque les lambeaux sont trop minces, peu ou point doublés de tissu cellulaire, ou trop tiraillés et distendus.

Cette inflammation quelquefois a un caractère phlegmoneux très-prononcé, se terminant par une véritable suppuration ; cela arrive principalement dans la suture du périnée, alors même que l'opération doit réussir : c'est une inflammation assez vive qui s'établit dans les parties, et qui finit par un travail suppuratif : le pus s'écoule souvent en abondance du vagin ; mais peu à peu il se tarit, et la plaie se cicatrise. Il est, du reste, facile de concevoir que cela doit arriver lorsqu'on pénètre profondément dans des parties chargées de tissu cellulaire et qui ont une grande tendance à l'inflammation phlegmoneuse.

Quant à l'inflammation qui survient quelquefois après la staphyloraphie, elle est d'une nature toute particulière ; elle a un peu de l'inflammation pseudo-membraneuse, ou plutôt c'est une inflammation accompagnée d'une sécrétion de matière glutineuse qui couvre la plaie et donne aux parties un aspect tout particulier. Toutes les fois qu'on voit sur la plaie cette matière gluante, on peut dire, sans guère se tromper, que la réunion n'aura pas lieu, l'inflammation qui s'est développée n'étant pas vraiment adhésive. J'ai vu cela grand nombre de fois, et je ne crains pas de me tromper. Chez notre opérée, j'ai vu, au contraire, du premier jour la plaie à sec, et j'en ai par conséquent bien auguré ; j'espère que mon pronostic se réalisera complètement.

Relativement à l'époque à laquelle il faut enlever les points de suture, elle varie selon les différentes régions dans lesquelles on opère. Ainsi, pour la suture du périnée, je crois qu'on peut

la laisser en place même jusqu'au huitième jour ; ceci tient au genre de suture qu'on emploie dans cette opération. La suture enchevillée a l'avantage de ne pas trop étreindre les parties, comme le fait la suture entortillée, par exemple ; elle ne fait qu'exercer une pression plus ou moins vive, dans un sens opposé, sur la partie profonde de la plaie, pour tenir dans un contact convenable ces parties et en favoriser la réunion ; tandis que la suture entortillée les serre dans plusieurs sens et doit nécessairement les disposer de plus à être coupées par les fils : ainsi, dans ces cas, la suture doit être enlevée toujours plus tôt. La chose est encore bien plus sensible pour la suture simple, qui étreint encore plus vivement les parties sur lesquelles on l'applique. Il ne serait pas étonnant, pour cela, que la suture enchevillée fût appliquée à d'autres cas en raison de ses avantages. Dans la staphyloraphie, au contraire, on ne pourra laisser la suture en place plus de trois au quatre jours ; c'est, dis-je, presque merveilleux qu'un corps aussi mince que le voile du palais puisse résister si longtemps, sans se couper, à l'action des fils : d'un autre côté, un temps plus court ne suffirait pas pour opérer la réunion des parties mises en contact, et ici on ne peut employer que la suture simple, qui est déjà par elle-même désavantageuse.

Voilà les cas extrêmes à propos de l'époque où on doit enlever les points de suture. Il y a d'autres espèces d'autoplastie où on devra les laisser plus ou moins longtemps, selon les circonstances ; ordinairement ce temps varie entre les quatrième et sixième jours.

Selon que la staphyloraphie est faite pour une division simple ou compliquée du voile du palais, la constriction des parties suturées se fait à l'extrémité supérieure et inférieure plus fortement ; par conséquent, la tendance de ces parties à se couper sera tantôt en haut, tantôt en bas, selon la différence des cas. De même, ce sera tantôt le fil d'en bas, tantôt celui d'en haut qu'on ôtera le premier. Vous en concevez facilement la raison.

Dans un dernier article, nous rendrons compte du résultat de la staphyloraphie pratiquée sur la jeune fille, et ferons connaître aussi une opération de restauration partielle du nez faite avec succès par M. Roux. (*La suite à un prochain numéro.*)

---

12. *Du traitement des fractures qui se consolident ordinairement d'une manière vicieuse;* par M. Guérin (de Vannes), aide d'anatomie de la Faculté de médecine.

(Archives générales de Médecine, mai 1845.)

Mon but principal, en publiant ce mémoire, est de prouver que si certaines fractures ne se consolident que par l'intermédiaire d'un tissu fibreux ou par la formation d'un cal plus ou moins difforme, ce résultat est la conséquence d'un vice radical du traitement de ces fractures. Que l'on me pardonne de blâmer ce qui a été fait par les maîtres de l'art dans cette partie de la thérapeutique chirurgicale; car j'ai longtemps hésité, et si je ne me suis point définitivement abstenu, c'est que j'ai pensé qu'il ne pouvait y avoir outrecuidance à dire ce que l'on croit une vérité. Je commencerai le développement de ma proposition par l'étude des fractures de la clavicule.

Fractures de la clavicule.

Si on met de côté quelques faits exceptionnels pour lesquels M. Blandin admet la conservation du périoste chez de très-jeunes sujets, ainsi que les cas dans lesquels la fracture siége très-près de l'apophyse coracoïde, il faut convenir que la consolidation des fractures de la clavicule se fait presque toujours avec une difformité plus ou moins grande. Hippocrate avait déjà constaté ce résultat, et tous les auteurs l'ont remarqué après lui. Beaucoup ont eu la prétention de trouver un bandage capable de prévenir le déplacement des fragments; je vais tâcher de faire voir que jusqu'à ce jour il n'est aucun chirurgien qui n'ait négligé une des indications les plus importantes du traitement de cette fracture.

« Un principe commun, dit Bichat, semble avoir dirigé tous les auteurs : maintenir l'épaule du côté malade, 1° portée fortement en arrière, 2° rapprochée de celle du côté sain. »

Ce double but, Hippocrate, Celse, Albucasis et toute l'école arabiste, Paré, Petit, etc., crurent l'atteindre par l'application d'un spica de l'épaule ou du 8 de chiffre qui n'en est qu'une modification. Il y a déjà longtemps qu'on a senti l'insuffisance de ce moyen; car Brasdor fait observer que les cercles du 8 de chiffre embrassent les épaules de telle sorte que la ligne de direction de la puissance passe presque par le point d'appui. Bichat fait la même remarque, et il ajoute avec raison que le fragment huméral est porté en dedans au lieu de l'être en dehors, et qu'ainsi l'épaule n'est point, par ce bandage, soutenue

au niveau que la pesanteur du bras tend continuellement à lui faire perdre. Je n'insisterai pas sur ce moyen que personne ne défend plus aujourd'hui.

Ambroise Paré recommande aux malades de tenir les mains sur les hanches; d'autres disent que l'action du 8 de chiffre doit être aidée par les malades qui porteront les épaules en arrière. Ces conseils avaient une plus grande valeur que le bandage, puisqu'ils empêchaient les malades dociles de mouvoir les deux membres supérieurs.

La croix de fer de Heister a pour but de remplir les mêmes indications que le spica et le 8 de chiffre; mais elle détermine de la douleur, et n'est pas plus solide que ces deux bandages.

Le corset décrit par Brasdor dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie* est construit d'après les mêmes indications.

Mais pour obtenir une coaptation exacte des fragments, il ne suffit pas de porter les épaules en arrière en les rapprochant l'une de l'autre; car, outre qu'en agissant ainsi on tend à faire chevaucher les fragments suivant leur longueur, on ne remplit pas les deux indications qui ont été si bien appréciées par Desault.

Hippocrate, pour mettre en contact les fragments de la clavicule, avait déjà donné le conseil d'appliquer un coussin entre les épaules, dans le but de porter en dehors l'extrémité externe de la clavicule; Paul d'Égine, pour atteindre ce but, mit sous l'aisselle du malade une pelotte de laine qui, suivant Bichat, eût porté tout à coup l'art à sa perfection, si, employé pour réduire les fragments, ce procédé eût été continué pour les maintenir; mais Desault seul comprit le mécanisme du déplacement, et pour les indications de cette fracture, il se servit de l'humérus comme d'un levier pour pousser l'épaule *en arrière*, *en haut*, et surtout *en dehors*, en agissant suivant la direction naturelle de l'os fracturé.

Je partage l'admiration de Boyer pour l'appareil de Desault, qui, dit-il, porte l'empreinte du vrai génie.

Je crois pourtant que ce bandage est insuffisant; je veux qu'on le conserve tout entier, mais en y ajoutant. Dans un instant je serai mieux compris.

Si j'admets que Desault a rempli les indications qui consistent à porter l'épaule en haut, en arrière et en dehors, pour être conséquent avec ce que j'ai dit, il faut donc que je prouve qu'il en est d'autres qui lui ont échappé. Cela ne me sera pas difficile : Desault, en effet, comme tous les chirurgiens qui l'ont précédé et suivi, ne s'est occupé que d'une chose : mettre le fragment

externe en contact avec l'interne, et maintenir cet affrontement en agissant sur le bras ou l'épaule malade. Mais personne n'a songé à *prévenir la mobilité du fragment interne*. C'est pourtant un principe fondamental du traitement des fractures que celui qui a été oublié ici. Quand les maîtres de l'art montrent le point où doit paraître la lumière, tous les yeux restent fixés de ce côté jusqu'au moment où quelqu'un se retourne et aperçoit une lueur à l'opposite. C'est ce qui est arrivé pour le traitement de la fracture qui nous occupe, car je lis dans les œuvres posthumes de Desault : « La puissance qui porte en bas le moignon de l'épaule avait paru illusoire aux anciens médecins grecs, qui attribuaient la dépression apparente de cette partie à l'*élévation du fragment sternal*, et d'après cette idée, cherchaient, en le comprimant, à rétablir son niveau perdu avec l'autre. Plus judicieux que ceux qui l'avaient devancé, Hippocrate démontra que leur doctrine, fausse dans ses principes, était plus dangereuse encore dans ses conséquences, et que le *fragment sternal immobile* ne perdait son rapport de position avec l'humérus que parce que celui-ci était déprimé par le poids du bras; doctrine évidemment prouvée par la comparaison de l'épaule saine avec celle du côté malade, et que, depuis, tous les praticiens ont admise. »

Les prédécesseurs d'Hippocrate accordaient trop à l'élévation du fragment sternal, et, cela est incontestable, le père de la médecine rendit un grand service à la science en démontrant l'insuffisance et même le danger de la compression exercée sur ce fragment; mais il a entraîné dans l'erreur tous ceux qui l'ont suivi, en soutenant que le fragment interne est immobile. Vous en serez bientôt convaincus si vous répétez sur le cadavre l'expérience suivante, que j'ai faite un grand nombre de fois :

Fracturez une clavicule en laissant tomber le mort sur une épaule, puis élevez le bras du côté opposé : vous verrez alors que le fragment sternal n'est point immobile, et qu'il glisse de haut en bas sur le fragment externe. Si vous portez en arrière le bras du côté sain, le fragment sternal glissera sur l'autre d'arrière en avant, tandis qu'il suivra une direction opposée si vous portez le bras en avant.

Ce n'est pas tout : si vous dites à un homme ayant une fracture de clavicule, et dont les deux bras pendent le long du corps, d'imprimer à la tête un mouvement de rotation par suite duquel la face sera tournée du côté sain, vous verrez alors le fragment interne se porter de bas en haut; ce qui est une oonséquence de la traction exercée sur lui par le muscle sterno-cléido-mastoïdien.

Ce déplacement du fragment sternal sera en raison de la longueur de l'insertion claviculaire du muscle, étendu chez les hommes vigoureux, beaucoup plus borné chez les sujets dont l'insertion claviculaire du muscle sterno-cléido-mastoïdien ne se fait qu'au voisinage de l'articulation sterno-claviculaire.

Ces expériences prouvent déjà d'une manière irréfragable qu'il y a solidarité d'action entre la clavicule saine et le fragment sternal du côté lésé ; en second lieu, que le chevauchement des fragments n'est pas seulement dû à ce que l'externe est entraîné par le poids du bras, mais aussi à l'élévation du fragment sternal qui est tiré en haut par le muscle sterno-cléido-mastoïdien.

Je parle ici, bien entendu, des cas ordinaires dans lesquels la clavicule est cassée transversalement, et non de ces cas rares dans lesquels le fragment externe, fracturé en biseau aux dépens de sa face inférieure, se trouve placé au-dessus du fragment interne.

En répétant plusieurs fois ces expériences, je me suis convaincu que la mobilité du fragment sternal est en raison inverse de sa longueur, c'est-à-dire d'autant moindre que la fracture a lieu plus loin de l'insertion du muscle cléido-mastoïdien.

Cette solidarité existant entre le bras sain et le fragment sternal de la clavicule, je devais rechercher si les divers bandages et appareils employés dans le traitement de cette fracture tendent à maintenir le fragment interne. C'est ce que j'ai fait, et j'ai vu qu'aucun n'empêche ce fragment de se porter en haut, en avant et en arrière, suivant les mouvements imprimés à l'épaule saine.

Le bandage de Desault légèrement modifié, que M. Blandin emploie avec la dextrine qui le rend inamovible, ne remplit guère mieux cette indication que les appareils amovibles. Je reconnais pourtant que la gêne résultant de son application prévient jusqu'à un certain point les mouvements du malade ; mais je n'ai pas vu un seul appareil dextriné qui ait empêché le fragment sternal de se mouvoir en différents sens, résultat dont j'ai rendu témoins plusieurs de mes collègues.

Si le fragment sternal est mobile lorsque l'épaule saine se meut, cette mobilité n'est-elle donc pas suffisante pour rendre compte de la conformation vicieuse d'une clavicule fracturée, quand elle a été traitée par les bandages employés jusqu'à ce jour, dont le but unique est d'agir sur le fragment externe et nullement sur le fragment sternal ?

Je ne prétends pas donner au 8 de chiffre la prééminence sur le bandage de Desault ; mais les chirurgiens qui l'appliquaient

remplissaient (sans s'en douter) une importante indication en bornant les mouvements de l'épaule saine ; et c'est là ce qu'il y avait de meilleur dans le traitement auquel ils soumettaient les fractures de clavicule.

Après tout ce que je viens de dire, il ne me sera pas difficile de formuler les indications que doit remplir le chirurgien pour obtenir une consolidation exacte et régulière d'une fracture de clavicule.

1° L'épaule malade devra être portée en haut, en dehors et en arrière, comme l'a indiqué Desault, et je ne crois pas qu'il y ait, pour atteindre ce but, un meilleur bandage que celui qui fut inventé par ce chirurgien, pourvu qu'on le rende inamovible au moyen de la dextrine ou de l'amidon.

2° Le membre thoracique du côté opposé devra être fixé à la poitrine de manière à en prévenir les mouvements. Je sais bien que le malade se trouvera ainsi souvent dans l'embarras : ne pouvant manger sans le secours d'un infirmier ou d'un ami, incapable de se lever seul, etc., il faudra toujours qu'il ait près de lui une personne bienveillante chargée de l'aider dans tous ses mouvements.

Il est encore une dernière indication à remplir : il faut en effet s'opposer à la contraction du muscle sterno-cléido-mastoïdien. On atteindra ce but en maintenant la face du malade tournée du côté de la fracture, au moyen de bandes dextrinées embrassant la tête et l'épaule malade, et mettant ainsi le muscle dans le relâchement.

Je ne me dissimule pas l'inconvénient d'un pareil traitement qui paralyse pendant un mois tous les mouvements de la partie supérieure du corps ; mais plus d'une femme du monde s'y soumettra de grand cœur pour avoir une fracture consolidée d'une manière régulière et non difforme. D'ailleurs, cet os spongieux et pénétré par une grande quantité de vaisseaux a en lui-même une grande aptitude à produire le cal, et il serait possible qu'au bout de quelques jours de contention exacte des fragments, on pût permettre les mouvements de la tête sans nuire à la consolidation. L'expérience décidera.

Je pourrais rapporter, à l'appui de cette partie de mon mémoire, un grand nombre d'observations. Je me contenterai des trois suivantes, qui m'ont prouvé de la manière la plus péremptoire la vérité des idées que je soutiens aujourd'hui.

Obs. I. — *Fracture de clavicule vers sa partie moyenne.* — Arbuthnot (Jean-Marie), âgé de 59 ans, d'une forte constitution,

est entré à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Jean, n° 14 (*bis*), le 6 août 1843.

Cet homme est charretier : la veille de son entrée à l'hôpital, il conduisait sa voiture, lorsqu'en passant près d'une borne, il glissa et tomba sous un cheval qui, continuant à tirer la voiture, lui appliqua le pied sur la région claviculaire.

A la visite du 6, nous constatâmes une large ecchymose qui s'étendait du cou au moignon de l'épaule. En saisissant la clavicule d'une main et fixant l'humérus avec l'autre, je sentis de la crépitation qui ne me permit pas de douter de l'existence d'une fracture ; et comme la clavicule était facilement dépressible vers son milieu, on diagnostiqua une fracture de cet os. (Saignée de 4 palettes ; une portion ; application de compresses imbibées d'eau blanche.)

Le lendemain et le surlendemain, le malade mangea deux portions, et on continua les compresses résolutives.

Le troisième jour, le gonflement de l'épaule ayant diminué, on put sentir avec les doigts, promenés sur la face antérieure de la clavicule, le fragment interne saillant en haut. Alors on put aussi constater que la fracture siégeait vers le milieu de la longueur de l'os. *Ayant prié le malade de tourner la face de l'épaule saine, pendant que j'avais une main sur le point fracturé, je perçus une crépitation que je produisis également en disant au malade de mouvoir le bras du côté sain.*

Le 10, M. Blandin fit l'application d'un appareil dextriné embrassant l'épaule, le bras, l'avant-bras et le thorax, à peu près comme celui qui est décrit par Desault.

Un coussin long, plié en deux et non cunéiforme, servait de point d'appui à l'humérus qui, comme on le sait, sert de levier pour porter l'épaule en haut, en dehors et en arrière.

Le malade s'approcha du fourneau pour sécher plus promptement son appareil. La dessiccation était complète le soir même de l'application.

Pendant les jours qui suivirent, je ne voulus pas engager Arbuthnot à mouvoir la tête et le bras sain pour étudier le déplacement ; mais le 20 du même mois, je le priai d'exécuter des mouvements de la tête et du membre sain, et je sentis que *le fragment interne glissait sur l'externe.* L'appareil avait pourtant été appliqué avec beaucoup d'habileté, et ne permettait que difficilement le passage du doigt que je glissais entre lui et la clavicule pour constater la mobilité des fragments.

Dans la crainte de nuire au malade, je n'osai pas recommencer mon exploration.

L'appareil fut levé le 22 septembre, et le malade sortit deux jours après.

—La consolidation de cette fracture a pour moi un grand intérêt, car l'affrontement des fragments ne s'étant pas maintenu d'une manière exacte, c'était le fragment *externe qui faisait saillie en haut* et un peu en arrière.

Ce résultat ne provient pas de ce que ce fragment a été porté trop haut par la réduction, mais bien des mouvements d'élévation du bras sain, qui font basculer le fragment interne de haut en bas, comme je m'en suis assuré par des expériences faites sur les cadavres.

Obs. II. — *Fracture de la clavicule en dedans du point d'appui que lui fournit l'apophyse coracoïde.*—Serre (Michel), âgé de 30 ans, couvreur, d'une bonne constitution, cheveux noirs, teint bronzé, d'une taille au-dessus de la moyenne, fit, le 23 mai 1844, un faux pas qui l'entraîna dans une chute d'un troisième étage sur le pavé.

Ce fut le côté droit du corps qui toucha le sol, et particulièrement l'épaule de ce côté. Serre ne perdit pas connaissance; il se releva et put venir à pied à l'Hôtel-Dieu où nous l'examinâmes le jour même de son entrée.

Il présentait, au-dessus de l'oreille droite, une plaie contuse béante, d'un centimètre environ, et longue de quatre : la cuisse du même côté était un peu douloureuse ; mais nous nous assurâmes qu'elle n'était que contuse. En portant le doigt au fond de la plaie du cuir chevelu, nous constatâmes que la peau seule avait été divisée ; le périoste recouvrait le crâne, et aucun symptôme n'indiquait sa fracture.

En examinant l'épaule droite, il nous fut facile, en prenant la clavicule d'une main et l'humérus de l'autre, de constater une fracture siégeant en dedans de l'apophyse coracoïde, à 1 centimètre environ du point d'appui qu'elle fournit à la clavicule. Par les mouvements imprimés à ces deux parties constituantes de l'épaule, on percevait une crépitation évidente ; mais le déplacement était peu considérable, puisque l'extrémité externe du fragment interne ne dépassait en haut l'autre fragment que de 5 millimètres environ.

Les mouvements du bras sain et ceux de la tête produisaient un frottement des fragments d'où résultait la crépitation.

La coaptation fut facile. L'appareil de Desault fut appliqué avec le plus grand soin, tel que l'a décrit ce chirurgien. Enlevé quatre jours après, il fut réappliqué aussitôt : il nous fut facile de remarquer, dans ce cas, que les mouvements de la tête et du

bras gauche ne donnaient lieu qu'à une *mobilité très-bornée du fragment interne*, contrairement à ce qu'on observe dans les fractures siégeant plus près du sterno-mastoïdien.

Une saignée de 4 palettes fut pratiquée le jour même de l'entrée du malade.

La plaie de tête fut bientôt guérie, et malgré l'indocilité du sujet qui me força à réappliquer souvent l'appareil, la coaptation de la clavicule n'en fut pas moins très-satisfaisante. Le 1er juillet, en effet, jour de la sortie de Serre, cet os n'offrait pas un volume beaucoup plus considérable dans le point fracturé que dans le reste de son étendue. D'ailleurs, plus tard, le cal en se perfectionnant perdra encore de son volume et ne laissera guère de difformité.

— Ce résultat est d'autant plus important, que le malade, remuant sans cesse le bras du côté opposé, aurait détruit infailliblement l'affrontement des fragments, si la fracture eût siégé au voisinage du sternum.

C'est un fait parfaitement en accord avec les expériences que j'ai souvent répétées sur les cadavres.

Obs. III. — *Fracture de la clavicule immédiatement en dehors de l'insertion claviculaire du muscle sterno-cléido-mastoïdien.* — Patiau (Lazare), âgé de 24 ans, terrassier, cheveux blonds, teint blafard, lentigo très-confluent sur la peau de la plus grande partie du corps, entra à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Côme, le 19 avril 1844.

A la visite, il nous raconta que, la veille, occupé à des travaux de terrassement, il avait glissé et fait une chute sur l'épaule gauche. Il ne put nous dire quelle partie de son épaule avait touché le sol. Il n'y avait d'ailleurs aucune contusion qui pût nous faire savoir si le malade était tombé sur le moignon de l'épaule ou sur la continuité de la clavicule.

Quoi qu'il en soit, l'examen de la clavicule nous apprit bientôt que cet os avait été fracturé immédiatement en dehors de l'insertion claviculaire du muscle sterno-cléido-mastoïdien. Le fragment interne, fortement élevé, faisait une saillie sous la peau qu'il soulevait.

Patiau, d'une taille au-dessous de la moyenne, avec des membres grêles, un teint blafard, fut soumis, dès le jour de son entrée, à un régime assez substantiel : deux portions, puis trois, et au bout de huit jours il mangeait quatre portions qui lui furent continuées pendant le reste de son séjour à l'hôpital.

L'appareil de Desault fut appliqué ; mais on eut beaucoup de peine à affronter les fragments : quelque élévation que l'on donnât à l'externe, l'interne lui restait toujours supérieur, et le ma-

lade *sentait de la crépitation*, dont il se plaignait même, *toutes les fois qu'il tournait la tête, ou qu'il imprimait un mouvement au bras du côté sain.*

Aussi, malgré sa grande docilité, en dépit de tous les efforts que l'on a faits pour obtenir une bonne réunion des fragments, la consolidation a été très-vicieuse. Le fragment externe, en effet, a la direction horizontale normale ; mais l'interne le dépasse en haut de toute l'épaisseur de la clavicule.

Patiau est sorti le 31 juin, c'est-à-dire deux mois après son accident.

— Que l'on compare ce fait à ceux dans lesquels, comme dans le cas précédent, la clavicule est fracturée loin du sternum, et on verra que nous ne nous sommes exagéré ni l'influence du sterno-mastoïdien, ni celle des mouvements du membre sain.

Un de mes anciens collègues des hôpitaux, M. Vaussin, m'a communiqué une observation qui offre le plus grand intérêt : un malade, extrêmement timoré, s'étant fracturé la clavicule vers la partie moyenne, entra à l'hôpital Beaujon où il fut abandonné sans appareil. La crainte d'une difformité dont il s'exagérait la gravité était si grande chez ce malade, qu'*il n'osait pas même remuer le bras du côté sain*, et qu'il resta ainsi immobile dans son lit pendant tout son séjour à l'hôpital. Quoique ce malade n'eût point eu d'appareil, la consolidation fut telle que M. Vaussin m'a assuré n'en avoir jamais vu de plus régulière.

(La suite à un prochain numéro.)

---

13. *De la névralgie ciliaire;* par M. le docteur Tavignot.

(Gazette médicale de Paris, N° 35.)

Les petits filets nerveux qui partent du ganglion ophthalmique pour pénétrer dans l'intérieur de l'œil, soit par la partie postérieure de la sclérotique, soit par sa partie antérieure, forment en quelque sorte un système à part au milieu des nerfs qui concourent plus ou moins aux fonctions du globe oculaire et de ses annexes. L'origine des nerfs ciliaires, leur nombre considérable, le trajet qu'ils parcourent, les parties auxquelles ils se terminent : tout atteste l'importance du rôle qu'ils jouent dans la physiologie comme dans la pathologie de l'organe de la vue. En effet, ces nerfs sont à la fois *moteurs*, *sensitifs* et *organiques*, puisque le ganglion dont ils émanent communique avec la troisième paire, la cinquième paire et avec le grand sympathique. De plus, on peut dire sans exagération que les filets ciliaires sont répandus dans toute la trame organisée de l'œil et qu'ils en sont devenus

parties constituantes. Il suffit de se rappeler maintenant que la rétine est une membrane nerveuse douée d'une sensibilité spéciale et tout à fait impropre à exercer le rôle d'agent sensitif général, ainsi qu'on l'a établi depuis longtemps, pour être déjà tout disposé à admettre que les phénomènes de sensibilité pathologique, les douleurs, en un mot, dont l'œil peut être le siége ou le point de départ, dépendent d'un état névralgique du système ciliaire.

Tout prouve l'exactitude de l'opinion que nous venons d'énoncer. D'abord, dans beaucoup de cas, la cause des douleurs névralgiques a agi directement sur les nerfs ciliaires, comme cela se voit, par exemple, dans l'opération de la cataracte, à la suite de lésions plus ou moins étendues du globe oculaire, etc. ; puis on peut invoquer le témoignage des malades qui accusent, comme siége de leurs douleurs, le fond de l'orbite et l'œil lui-même : il n'y a pas enfin jusqu'aux irradiations de la névralgie qui ne viennent encore à notre aide, car elles suivent constamment le trajet des cordons nerveux de la cinquième paire (nerf sus-orbitaire, sous-orbitaire, nasal, etc.) qui ont des connexions si directes avec le système nerveux ciliaire.

On prévoit déjà, seulement par cet exposé, qu'il était impossible que les praticiens méconnussent longtemps et d'une manière complète l'existence de la maladie dont nous allons tracer la description. Tout le monde en effet a constaté son existence, mais chacun l'a interprétée à sa manière ; de telle sorte qu'aujourd'hui nous trouvons partout, épars çà et là, des fragments appartenant à l'histoire de la névralgie ciliaire, mais nulle part une description complète de cette affection.

Dans cet état de choses, et en vertu de ce principe qui permet de prendre son bien partout où on le retrouve, on ne s'étonnera pas de nous voir faire rentrer dans le cadre de la névralgie ciliaire plusieurs états pathologiques de l'œil qui en avaient été distraits à différentes époques : telles sont, par exemple, quelques formes de rétinite aiguë ou chronique, plusieurs variétés d'amauroses, etc., dont les symptômes appartiennent plutôt à une lésion de la cinquième paire qu'à celle de la rétine.

La névralgie du système ciliaire ne se développe pas toujours dans les mêmes conditions organiques des tissus de l'œil ; mais, à vrai dire, c'est toujours la même maladie à laquelle on a affaire, qu'elle ait pris naissance spontanément, sous l'influence d'une lésion traumatique, ou qu'elle coïncide avec une altération matérielle. Il viendra très-probablement un jour où l'on ne décrira qu'une seule espèce de névralgie ciliaire ; mais en attendant, et

pour mieux nous faire comprendre de ceux qui adoptent les idées qui ont actuellement cours en ophthalmologie, nous diviserons notre sujet en trois parties, ainsi qu'il suit :

1° Névralgie ciliaire idiopathique ;

2° Névralgie ciliaire traumatique ;

3° Névralgie ciliaire avec altération des tissus de l'œil.

1° *Névralgie ciliaire idiopathique.* — C'est elle qui est le type de l'affection qui nous occupe et qui a la plus grande analogie possible avec les névralgies des autres nerfs de l'économie. Comme elles, elle débute spontanément, c'est-à-dire sans cause qu'il nous soit possible de préciser, du moins dans la plupart des cas. Elle a également de la tendance à affecter plus spécialement les sujets d'un tempérament nerveux ; mais les personnes qui n'offrent pas cette condition n'en sont pas toujours exemptes ; caractère que la névralgie ciliaire partage d'ailleurs avec la plupart des autres névralgies.

Enfin, la névralgie ciliaire peut débuter d'emblée, et c'est le cas le plus ordinaire, ou bien ne se développer que consécutivement à d'autres états névralgiques de nerfs plus ou moins éloignés.

Elle peut encore être continue ou périodique ; cependant il est très-rare de lui voir affecter un type intermittent bien tranché : celui-ci est plutôt rémittent ; et, sous ce rapport, la névralgie des nerfs ciliaires diffère un peu de celle du nerf sous-orbitaire, par exemple, qui est, dans certains cas, franchement intermittente, comme on le sait.

On observe, au début, un clignottement exagéré des paupières ; les yeux sont larmoyants, ils fuient l'impression de la lumière ; l'iris est violemment contracté, plus au jour que dans l'obscurité. Lorsque les paupières sont fermées, le malade croit voir voltiger devant ses yeux des corps de différentes couleurs et de formes variables : quelquefois ce sont des taches blanchâtres plus ou moins brillantes ; d'autres fois, ce sont des corps lumineux, incandescents, des éclairs, etc. (photopsies). Il n'est pas rare non plus de voir l'œil affecté se dévier dans un sens ou dans un autre et donner lieu alors à de la diplopie. En même temps que ces phénomènes ont lieu, il existe dans le fond de l'orbite et dans tout le globe oculaire un sentiment de tension et de douleur cuisante, brûlante, etc. Cet état névralgique est le plus souvent limité, au commencement, au globe de l'œil ; mais plus tard il s'irradie en général aux parties environnantes de l'orbite en suivant les divisions du nerf ophthalmique.

Si la névralgie est à forme continue, les symptômes que nous venons d'indiquer ne s'affaiblissent point pendant la nuit ; quel-

quefois même, mais non constamment, ils paraissent augmenter lorsque le malade est au lit.

La vision souffre, à différents degrés, de cet état nerveux de l'œil ; pendant la rémittence, et lorsque le sujet peut entr'ouvrir ses paupières, il distingue encore les objets, mais non avec la netteté et la précision ordinaires : quelquefois ceux-ci lui paraissent plus grands que leurs véritables dimensions, ou bien recouverts par des corps de formes plus ou moins bizarres; dans d'autres cas, ils lui semblent plus éclairés qu'ils ne le sont. Il peut se faire enfin que la perturbation fonctionnelle de la rétine ne soit pas la même dans toute l'étendue de cette membrane; de sorte que la vision est plus distincte dans telle position que dans telle autre. Cette circonstance explique peut-être comment il se fait que certains malades n'aperçoivent que la moitié des corps qu'on leur présente, principalement lorsqu'ils ont une assez grande étendue. (Hémiopsie.)

Lorsque cette surexcitation anormale de l'œil dure depuis quelque temps, il peut survenir dans plusieurs de ses tissus des modifications de vitalité qui acquièrent elles-mêmes une certaine importance. On s'en rendra facilement compte en réfléchissant un peu à l'influence, aujourd'hui bien démontrée, de la cinquième paire de nerfs sur la physiologie de l'œil et aux conséquences qui peuvent résulter de la perturbation ou de l'abolition de ses fonctions. (Voy. mon *Mémoire de l'action de la cinquième paire sur l'œil ; Gaz. des hôpit.*, n°s 2 et 4, 1845.) Ces complications principales sont, outre l'amaurose qui peut devenir complète, un état congestionnel de l'œil, caractérisé par un cercle radié péricornéal, une véritable inflammation de l'iris, un trouble plus ou moins prononcé dans les parties transparentes de l'œil, depuis la cornée jusqu'à l'humeur vitrée inclusivement. Néanmoins, il est rare que, dans l'état ordinaire de la maladie, les désordres soient portés si loin.

La marche de l'affection que nous décrivons n'a rien de bien régulier ; elle est susceptible de guérir assez promptement sans laisser après elle de trouble de la vue. Mais lorsqu'elle passe à l'état chronique, elle revêt une physionomie bien autrement grave, et elle entraîne dans l'œil des désordres tels qu'ils nous ont engagé à étudier à part cette forme de la maladie *dans notre troisième division de la névralgie ciliaire.*

Mais sans offrir précisément les caractères de la chronicité, cette névralgie présente parfois une grande ténacité, lorsqu'elle abandonne brusquement le système ciliaire pour se porter sur une autre division de la cinquième paire, qu'elle quitte bientôt

après pour revenir à son premier siége ; et cela un assez grand nombre de fois, à peu de temps d'intervalle. Souvent ces permutations de la douleur névralgique font le désespoir du praticien qui, après avoir épuisé en quelque sorte ses ressources thérapeutiques dans un point, se croit victorieux du mal qu'il voit tout aussitôt reparaître un peu plus loin et avec les mêmes caractères.

Mais la névralgie ciliaire n'existe pas toujours à l'état simple : on l'a rencontrée également associée, pour la plus grande partie de sa durée, à une autre névralgie, soit, par exemple, à celle du nerf sus-orbitaire, que nous indiquons ici comme étant la plus fréquente. Il en résulte une névralgie *composée* dont les éléments sont toujours fort distincts ; d'ailleurs, la réunion de leurs symptômes forme un ensemble de caractères qui ne serait applicable ni à l'une ni à l'autre maladie prise isolément. De plus, nous sommes porté à croire que, dans ces circonstances, c'est la névralgie ciliaire qui commence la première, l'autre ou les autres ne se développant qu'après elle. Nous nous fondons en cela sur ce fait d'observation, que la névralgie du nerf frontal ou du sous-orbitaire existe, le plus ordinairement, seule, tandis que la névralgie ciliaire a plus de tendance à s'irradier vers les branches nerveuses dont nous venons de parler. Les personnes affectées de névralgie circum-orbitaire ordinaire éprouvent une douleur qui est tout à fait extérieure à l'œil, et par conséquent indépendante de cet organe, au lieu que la névralgie ciliaire débute par le fond de l'orbite, reste toujours fixée dans le globe oculaire, même quand elle s'irradie à une plus grande distance. La névralgie circum-orbitaire et la névralgie ciliaire sont donc deux maladies tout à fait distinctes.

2° *Névralgie ciliaire traumatique.*—Elle a à peu près les mêmes caractères que la précédente, dont elle diffère principalement par la cause qui lui donne naissance. Il est juste néanmoins de dire que cette origine différente imprime quelquefois à la maladie un cachet tout particulier et lui donne une marche qu'elle n'aurait pas eue si son développement avait été spontané.

Quoi qu'il en soit, la névralgie ciliaire traumatique reconnaît pour cause, comme son nom l'indique, une violence extérieure ayant agi sur l'œil avec assez de force pour y produire des désordres de quelque importance. Cependant toutes les lésions traumatiques ne sont pas susceptibles, à un égal degré, de faire naître cette affection : ainsi, des blessures fort étendues de l'œil, des contusions qui seront assez violentes pour détruire la cornée, décoller l'iris, etc., ne seront pas suivies de névralgie ciliaire ; tandis qu'il suffira, dans d'autres cas, d'une simple piqûre pour

produire ce résultat. Une des causes qui lui donnent le plus sûrement lieu, c'est certainement la présence de corps étrangers implantés dans l'œil et qui y demeurent fixés pendant un temps plus ou moins considérable. Quand la névralgie de l'œil survient après l'opération de la cataracte, c'est le plus ordinairement après l'abaissement. L'opération peut avoir été d'ailleurs fort heureuse, et la vue serait déjà rétablie sans ce dernier accident. J'ai vu la névralgie ciliaire, développée dans ces circonstances, se montrer avec un degré extrême d'acuité, se déplacer et envahir successivement presque toutes les branches de la cinquième paire. Les symptômes sont à peu près les mêmes que ceux de la névralgie ciliaire idiopathique. Sa marche et sa durée offrent peut-être quelques différences, mais peu importantes. Seulement, qu'il nous suffise de dire que la névralgie ciliaire traumatique est ordinairement fort tenace, qu'elle dure des semaines, des mois entiers, en résistant au traitement qu'on lui oppose; et lorsqu'elle survient après l'opération de la cataracte, le malade ne manque pas de rejeter sur l'opérateur l'accident qu'il éprouve, quoiqu'en réalité cela soit inexact.

3° *Névralgie ciliaire chronique ou avec altération des tissus de l'œil.* — Il nous reste à examiner, avec quelques détails, un autre état névralgique de l'œil, qui diffère assez des deux espèces précédentes pour mériter une description particulière. Au fond, la nature de la maladie est sans doute la même ; mais, soit par suite d'une prédisposition innée ou acquise de l'œil, soit par le fait seul de la durée plus longue de l'état morbide, il survient peu à peu, dans les tissus du globe oculaire, des changements importants. Ces altérations pathologiques de la coque oculaire nous paraissent avoir des connexions intimes avec les douleurs névralgiques; nous pensons même que celles-ci sont la cause productrice du changement de structure de l'organe. Nous nous fondons, dans notre manière de voir, sur les motifs suivants : la névralgie ciliaire précède le plus souvent les désordres organiques de l'œil.... ; par ses caractères propres, elle ne ressemble nullement à la douleur symptomatique d'une ophthalmie; par sa marche, ses retours sous forme d'accès, elle s'en éloigne encore davantage.

Ainsi, à notre avis, les observateurs qui ont constaté, dans le *glaucôme organique*, la coexistence d'une névralgie oculo-circumorbitaire ont eu tort de considérer la production de la douleur comme purement symptomatique. Pour nous, la proposition renversée nous paraîtrait plus vraie. C'est donc à distinguer la douleur, phénomène de sensibilité générale, et la douleur appelée

névralgique, qu'il faut s'attacher. Or, les caractères distinctifs de ces deux phénomènes morbides sont tracés partout, et il n'est pas nécessaire de les rappeler ici. Disons seulement que leurs différences tiennent au caractère même de la douleur, qui est bien moins brûlante, moins térébrante dans le premier cas que dans le second. L'une est exaspérée par certaines influences toutes mécaniques, par exemple : le contact des corps extérieurs, le tiraillement de l'iris lorsqu'il se contracte brusquement, etc. ; tandis qu'il n'en est pas de même de l'autre, qui se développe, persiste indépendamment de toutes ces causes, et ne disparaît pas dans les circonstances où la première s'affaiblit de plus en plus.

Leur marche est également tout à fait distincte : la douleur oculaire, en tant que phénomène de sensibilité générale, persiste d'une manière continue, sauf les exacerbations, faciles à prévoir et produites par l'action de la lumière, par exemple. La douleur névralgique, au contraire, même lorsqu'elle n'est pas franchement périodique, a ses moments de paroxysme, ses accès en un mot ; et ceux-ci apparaissent spontanément, sans être provoqués par aucune cause extérieure appréciable.

Enfin, et cet argument n'est pas le plus faible parmi ceux que l'on peut invoquer en faveur de notre opinion, la lenteur ou la rapidité de la désorganisation qui s'opère dans l'œil paraît être le plus ordinairement en rapport avec l'éloignement ou le rapprochement des accès névralgiques.

Ainsi donc, et pour les différentes raisons que nous venons d'énumérer, nous inclinons à regarder les douleurs oculo-circumorbitaires dont nous venons de parler, non comme le résultat da la lésion organique de l'œil, mais bien comme une maladie primitive, idiopathique, une véritable névralgie, en un mot.

Mais, d'un autre côté, comme il faut bien aussi se rendre compte de l'altération *glaucomateuse* qui ne tarde pas, dans ces circonstances, à envahir graduellement le globe oculaire, nous nous trouvons ainsi naturellement amené à poser cette question :

La névralgie ciliaire, passée à l'état chronique, peut-elle, dans quelques cas, donner naissance au glaucôme ?

Cette proposition, ainsi formulée, a, j'en conviens, quelque chose de hardi ; et en face d'une maladie d'une origine si obscure, comme l'est encore le glaucôme, on est en droit de se montrer exigeant en fait de preuves.... On est en droit surtout d'éliminer et de faire ses réserves sur les cas d'affections dites glaucomateuses qui n'auraient été ni précédées ni même accompagnées des symptômes propres à la névralgie ciliaire.

Si l'on veut essayer d'expliquer le développement des cas de glaucôme qui se trouvent associés, dans leur marche, à l'état névralgique, il faudra se rappeler toutes les expériences qui ont été faites pour établir l'action de la cinquième paire sur l'œil, sur sa nutrition, sur ses fonctions, ne pas oublier non plus les faits pathologiques qui ont trait à ce sujet, et, partant du principe qui établit l'influence du trijumeau sur l'œil, chercher à voir si une perturbation aussi générale et aussi profonde que l'est une névralgie, ne peut, lorsqu'elle dure depuis longtemps, lorsque ses accès se succèdent à d'assez courts intervalles, ou bien lorsqu'elle est en quelque sorte continue, amener, à la longue, des modifications dans l'état fonctionnel des nerfs ciliaires, du ganglion ophthalmique peut-être ; modifications qui ne seraient plus compatibles non-seulement avec l'état fonctionnel de l'œil, mais encore avec son état organique : l'amaurose et le glaucôme, ou amaurose glaucomatique, s'expliqueraient donc de la sorte.

Si l'on a vu en effet la cornée perdre sa transparence, se ramollir, les humeurs de l'œil se troubler, l'organe lui-même s'atrophier ou même se vider complètement après la section du trijumeau, ne pourrait-il pas se faire également que l'abolition graduelle des fonctions du système ciliaire, la seule portion de la cinquième paire qui soit immédiatement destinée à l'œil, produisît, quoique plus lentement, des accidents analogues ? Nous objectera-t-on qu'il paraît démontré aujourd'hui que la nutrition de l'organe de la vue est placée d'une manière plus directe sous l'influence du nerf grand sympathique, et que M. Magendie n'a observé la destruction rapide de l'œil que parce qu'en pratiquant ses sections non loin du ganglion de Gasser, il a lésé en même temps une branche du nerf ganglionnaire ? Nous répondons à ceci que nous sommes très-disposé à admettre cette explication du fait, mais que ce fait lui-même ne nous paraît pas propre à renverser complètement notre manière d'envisager cette question, attendu qu'à supposer même qu'il fût démontré que les filets nerveux ciliaires appartenant au grand sympathique ne soient pas susceptibles de participer au désordre vital produit par l'état névralgique, le ganglion placé plus en arrière d'eux, et où ils vont tous puiser l'influence nerveuse qui leur est propre, peut bien ne plus être, par le fait seul de la maladie nerveuse, dans des conditions normales pour remplir ses fonctions ordinaires.

Quoi qu'il en soit d'ailleurs de notre manière d'interpréter le fait, l'essentiel était de démontrer comment l'altération des différents tissus de l'œil (membranes, cristallin, humeurs) venait

compliquer la névralgie ciliaire passée à l'état chronique. Cette question d'étiologie, qui pourrait être ailleurs tout à fait futile, a, dans le cas particulier, une haute importance; car il s'agit du glaucôme, maladie tout à fait incurable jusqu'ici, et dont il sera toujours utile de connaître la véritable origine pour tâcher de s'opposer activement, dès le début, à ses progrès.

Le fait en lui-même, sinon son interprétation, avait depuis longtemps fixé l'attention des hommes de l'art, et la plupart avaient déjà signalé l'existence simultanée d'une affection glaucomateuse et de douleurs plus ou moins aiguës aux alentours de l'orbite et dans l'œil ; mais c'est particulièrement dans ces derniers temps qu'un de nos savants confrères, M. Sichel, a appelé l'attention sur ce sujet, en publiant plusieurs observations dans lesquelles la coïncidence de la névralgie et du glaucôme se trouvait mise plus particulièrement en relief (voy. *Annales d'Oculist.*, 1844). Cependant, tout en signalant la névralgie, qu'il nomme oculo-circum-orbitaire, comme phénomène, soit précurseur, soit concomitant des affections amaurotiques et glaucomateuses, tout en reconnaissant lui-même que chaque accès augmentait l'état congestionnel de l'œil et le trouble de la vision, ce praticien ne s'est pas arrêté à l'interprétation du phénomène, ou plutôt il nous a semblé qu'il confondait la douleur, phénomène général, qui se rencontre dans la plupart des ophthalmies, avec l'état névralgique, phénomène tout à fait spécial, qui ne se développe que dans quelques cas particuliers. De cette confusion il est résulté que la névralgie a été considérée par lui non pas comme une maladie spéciale, existant ne fût-ce qu'à titre de complication, mais bien comme un symptôme de l'inflammation des membranes de l'œil. Tout ce que nous avons dit jusqu'ici réfute assez cette explication, et d'ailleurs plusieurs des observations rapportées par M. Sichel lui-même viennent déposer contre lui.

Sans qu'il soit nécessaire de répondre à toutes les objections, nous dirons qu'à supposer même que la distinction que nous avons tenté d'établir entre la douleur idiopathique ou névralgique et la douleur symptomatique d'une inflammation ne fût pas de tous points rigoureuse, il n'en est pas moins évident que le phénomène *douleur* ne pourra pas être rapporté à une inflammation toutes les fois qu'il n'existera aucun caractère propre à faire admettre son existence. Eh bien ! c'est précisément là ce qui a lieu dans beaucoup de cas.

S'il est vrai actuellement que nous soyons parvenu à dégager la maladie que nous avons désignée sous le nom de névralgie ciliaire de plusieurs autres avec lesquelles on l'avait confondue

jusqu'ici ; s'il est vrai enfin que nous lui ayons trouvé une existence propre, indépendante, en établissant ses rapports avec les autres affections qui peuvent exister en même temps qu'elle, nous avons également essayé de faire comprendre qu'en pesant mûrement la valeur des faits pathologiques, de même qu'en interprétant avec logique les expériences des physiologistes, on pourrait peut-être par la suite faire jouer à la névralgie du système ciliaire un rôle fort important, en considérant cette maladie comme le point de départ, l'origine première, la cause enfin de plusieurs variétés d'amauroses, dites jusqu'ici *irritatives*, de quelques espèces de glaucômes encore mal définies, etc. Mais, dans tous les cas, il serait, bien entendu, complètement inexact de chercher à rattacher à cette origine toutes les amauroses et tous les glaucômes que l'on rencontre dans la pratique, puisqu'il existe un certain nombre de ces deux affections qui ne sont point précédées des symptômes de la névralgie oculo-circumorbitaire : c'est de quelques cas seulement que nous avons entendu parler.

Traitement. — Il n'y a, en réalité, qu'une seule espèce de névralgie du système ciliaire relativement au traitement, puisque celui-ci est à peu près le même pour les trois variétés que nous avons admises. Ainsi, sauf les indications spéciales qui peuvent se rencontrer dans la névralgie traumatique, comme serait, par exemple, l'extraction d'un corps étranger fixé dans l'œil, on agira de la même manière dans tous les cas.

C'est surtout au début de la maladie qne la médication dirigée contre elle doit avoir de l'activité, car plus tard, et à mesure qu'elle se prolonge davantage, elle devient de plus en plus opiniâtre et revêt les caractères si graves de la chronicité. Et si cet état nerveux s'est développé sur une personne dont l'âge, la constitution prédisposent à l'amaurose ou au glaucôme, il faut prévoir la possibilité de cette terminaison et n'en agir qu'avec plus d'énergie, pour l'éviter, si cela est possible.

Antiphlogistiques. On se trouve quelquefois bien de débuter par une saignée du bras proportionnée à la force du malade ; on peut parfois, cependant, préférer l'application des sangsues aux environs de l'orbite : les ventouses scarifiées rempliront le même but. Il va sans dire que, chez la femme dont la menstruation est irrégulière, des sangsues à la vulve, à l'époque cataméniale, seront préférées avec juste raison, en y joignant d'autres emménagogues.

Purgatifs. Quelques dérivatifs sur le canal intestinal, répétés deux ou trois fois par semaine, le calomel, le jalap, la scam-

monée, etc., en feront la base; l'émétique en lavage peut également être utile.

Frictions. Les frictions faites sur le front, la tempe, le pourtour de l'orbite, avec l'onguent mercuriel double, pourront amener quelquefois du soulagement; d'autres fois, il sera avantageux de recourir à une pommade composée de parties égales d'onguent napolitain et d'extrait de belladone. L'opium, la ciguë ont été également préconisés en frictions.

Opiacés. Les opiacés administrés à l'intérieur, dans le but d'engourdir la sensibilité et de calmer les douleurs, sont, dans quelques cas rebelles, d'une utilité incontestable; mais il faut avoir le soin d'augmenter tous les jours la dose du médicament.

Vésicatoires. Les révulsifs cutanés sont ici d'un grand secours; il faut que le malade ait constamment, aux environs de l'orbite, un vésicatoire volant, qu'il ne laisse sécher qu'après en avoir rétabli un autre. En enlevant une petite portion d'épiderme, on fera absorber, par la surface mise à nu, 1 centigr. par jour d'hydroch. de morphine.

Electricité. Je n'ai pas vu, pour mon propre compte, l'électricité, employée contre les névralgies, réussir assez généralement pour me croire autorisé à conseiller ce moyen dans ce cas particulier; il serait peut-être bon de ne la conseiller qu'en désespoir de cause et lorsque tout aurait échoué : dans tous les cas, il faudra toujours s'abstenir de la mettre en usage pendant l'existence d'un accès.

Salivation. On peut se demander si, dans les cas où l'on est forcé d'avoir recours à beaucoup de moyens pour triompher de la névralgie, il ne serait pas indiqué de chercher à produire la salivation, comme l'a fait avec succès Mackenzie, dans la névralgie circum-orbitaire.

Ferrugineux. Si l'on pouvait rattacher le développement de la névralgie oculaire à un état anémique ou chlorotique, on se trouverait bien d'administrer au malade un traitement ferrugineux complet : du sous-carbonate de fer à la dose de 1 gramme et plus par jour, continué pendant un mois, six semaines, débarrassera le plus souvent le malade.

Antipériodique. Mais il est un médicament qui, à lui seul, vaut mieux que tous les précédents, lorsque son emploi est indiqué : c'est le sulfate de quinine. Il peut, en effet, suffire pour la guérison, que l'on obtient, avec son aide, en fort peu de temps; seulement il est indispensable, pour qu'il réussisse, que la névralgie ait un caractère franchement intermittent, qu'elle revienne, en un mot, par accès, quelque irréguliers d'ailleurs que

soient ceux-ci. On peut commencer par 5 décigr., et aller rapidement jusqu'à 1 gramme par jour, et même au delà.

Tous ces traitements ne s'adressent qu'à l'élément nerveux de l'œil. Lorsqu'il est survenu dans celui-ci des changements organiques, c'est à une autre médication qu'il faut en même temps avoir recours ; mais nous n'avons pas à nous en occuper dans ce travail.

VIII. MALADIES DES VOIES GÉNITO-URINAIRES.

14. *Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur les rétrécissements de l'urèthre* (extrait d'un travail adressé à l'Académie royale des sciences, le 21 septembre 1844) ; par le docteur L. Auguste Mercier.

Suite et fin : *voir* t. 151, mars 1845, p. 135 ; t. 152, avril, p. 124 ; t. 153, mai, p. 105 ; t. 154, juin, p, 124 ; t. 155, juillet, p. 121.)

(Gazette médicale de Paris, Nos 30.)

Du traitement curatif des rétrécissements de l'urèthre.

En tête des moyens propres à ramener l'urèthre à son diamètre normal, je dois placer la dilatation, qui n'est qu'une extension du tissu qui compose le rétrécissement. En effet, si la rétractilité insensible est une propriété caractéristique des tissus fibreux, leur extensibilité n'est pas moins remarquable. Combien de fois de simples tractions n'ont-elles pas suffi pour redresser des membres maintenus à l'état de flexion par le raccourcissement de leurs ligaments ou de leurs muscles passés à l'état fibreux ? Combien de fois n'a-t-on pas, par le même moyen, allongé des cicatrices et ramené à leur position naturelle des organes qu'elles avaient renversés dans un sens ou dans l'autre ?

Mais, comme on le pense bien, l'allongement ou la dilatation ne changent en rien la structure du tissu ; les aréoles ou les vaisseaux n'en restent pas moins ce qu'ils étaient : c'est toujours du tissu fibreux, et comme tel il conserve sa tendance à revenir sur lui-même si on ne le maintient pas distendu, du moins à intervalles plus ou moins rapprochés. Toutes les médications imaginables, internes, externes, locales, générales, ne pourront le faire changer de nature et par conséquent de propriétés.

Ainsi donc, les remèdes antisyphilitiques, fondants, calmants, antiphlogistiques, etc., qui ont été tour à tour préconisés pour faire disparaître les rétrécissements de l'urèthre, pourront bien être utiles pour combattre les complications ; mais on aurait tort d'y compter pour prévenir les récidives.

Mais, pour produire l'extension d'un tissu fibreux, la force mise en œuvre doit souvent agir avec une certaine intensité, et, sinon d'une manière continue, du moins d'une manière graduelle et par intervalles assez rapprochés.

Or, dans quelques circonstances que j'ai signalées, le rétrécissement s'accompagne d'une telle sensibilité de la muqueuse uréthrale que l'introduction des instruments ne peut s'opérer sans provoquer de douleurs extrêmement vives ; ou bien il est tellement résistant que les moyens nécessaires pour le dilater ne pourraient être employés assez longtemps et avec assez de force sans provoquer des accidents ; ou bien il se reproduit si vite qu'il serait impossible de cesser, pendant quelques jours seulement, l'usage de la dilatation.

Que faire alors ? On a conseillé la cautérisation, l'usure, l'excision, l'incision, et chacune de ces méthodes a été exaltée par les uns et blâmée par les autres.

Consultons encore l'analogie et rappelons des faits bien établis avant d'arriver à ceux qui sont en discussion.

Quand une cicatrice trop étroite ne peut être suffisamment élargie ; quand une aponévrose, un ligament, un tendon, un muscle rétractés ne peuvent être suffisamment allongés ou maintenus allongés, les cautérise t-on ? On s'en garderait bien ; car on produirait une perte de substance, et celle-ci serait remplacée par une cicatrice plus disposée encore à se rétrécir que le tissu mortifié. Joignons à cela que l'élimination ne pourrait être opérée que par une inflammation des parties environnantes et une suppuration prolongée dont l'effet serait d'étendre plus au loin la dégénérescence fibreuse des parois de l'urèthre.

Eh bien ! tout nous prouve qu'il en est de même pour les rétrécissements. J'ai vu un certain nombre de malades qui avaient été traités par la cautérisation, et tous disaient que leur état était redevenu pire qu'auparavant. J'en ai traité un qui avait été cautérisé pour un rétrécissement du bulbe peut-être plus de soixante fois par Ducamp et par d'autres, et son rétrécissement revenait avec tant de force sur lui-même que, du jour au lendemain, il se reproduisait dès qu'on cessait la dilatation.

Chez un autre malade qui avait un rétrécissement léger dans la région spongieuse, la cautérisation faite par un praticien des plus distingués fut suivie d'une uréthrite très-intense et d'une aggravation si rapide du rétrécissement, que c'est pour cela qu'il me fit appeler immédiatement.

De là vient sans doute que les chirurgiens qui préconisent le traitement des coarctations uréthrales par la cautérisation professent les opinions les plus contraires sur son opportunité. Suivant M. Lallemand, ses avantages sont d'autant plus manifestes et ses inconvénients

d'autant moindres que le rétrécissement est plus ancien et plus étendu (*Mal. des Org. gén. urin.*; 2e partie) ; d'après M. Civiale, le caustique ne conviendrait qu'au début du mal et quand il n'existe qu'une simple bride ou un rétrécissement peu avancé. (*Mém. adressé à l'Acad. des sciences* le 24 oct. 1842.) Je dois à la vérité de dire que M. Civiale n'est pas un grand partisan de cette méthode, et que M. Lallemand revient de plus en plus de la bonne opinion qu'il en avait.

Quand le rétrécissement ne peut admettre le porte-caustique, et qu'on est obligé de cautériser d'avant en arrière, on est exposé à faire des fausses routes profondes (1) ou bien à ouvrir les cellules du corps spongieux, et à donner lieu, soit à des abcès, soit à des hémorrhagies effrayantes. Ce dernier accident surtout paraît ne pas être rare : Wathely (*On strictures*, p. 60), Sanson (*Thèse sur les hémorrhagies*, p. 290), M. Amussat (*Leç.*, p. 123), M. Babington (*Annot. aux œuvres de Hunter*, tom. II, p. 319) en citent des exemples ; M. Legrand en a vu un cas presque mortel (*Gaz. méd.*, 1836, p. 554) ; enfin, MM. Bégin et Lallemand parlent d'un autre qui s'est terminé par la mort. (*Dict. de Méd. et de Chir. prat.*, t. XIV, p. 331.)

D'ailleurs, quels sont les résultats de cette méthode ? Les plus prévenus en sa faveur conviennent actuellement qu'elle ne met pas à l'abri de rechutes. « Lorsque j'ai publié mon premier mémoire, dit M. Petit, je croyais que les guérisons que j'avais obtenues seraient sans récidive ; mais l'expérience m'a depuis prouvé le contraire. » (*Revue méd.*, 1837, t. III.) M. Dubouchet, grand partisan de la cautérisation, dit que lorsque ce traitement a été *incomplet*, les malades reviennent avec des difficultés plus grandes et des rétrécissements plus durs qu'auparavant (*Rét. d'urine*, 1834, p. 262) ; Ducamp lui-même convient d'avoir vu des rétrécissements aggravés par le caustique (*Traité des Rétréciss.*, 2e édit., p. 160) ; M. Amussat dit que si le rétrécissement est ancien, calleux et situé dans le bulbe, le caustique le rend plus difficile à guérir, et il en cite des exemples (*Leç.*, p. 133) ; de son côté, M. Leroy-d'Etiolles dit qu'il ne convient pas dans la région spongieuse : il a vu, dans un cas, l'urèthre devenir calleux et inguérissable (*Journ. des Conn. méd.*, août 1843, p. 323) ; M. Jobert cite aussi un cas analogue (*Gaz. méd.*, 1836, p. 500). Cette aggravation n'avait pas non plus échappé à Boyer : sur un malade qui avait subi quinze ou vingt fois l'application de la pierre infernale, il n'a jamais pu franchir

(1) Lorsque le rétrécissement occupe le lieu qui en est le siége le plus ordinaire, c'est-à-dire la jonction de la portion membraneuse avec le bulbe, et qu'il existe, dans ce dernier, une de ces fausses routes que j'ai dit être si communes, il est presque impossible qu'on ne s'égare pas en pratiquant la cautérisation antéro-postérieure.

le rétrécissement avec une sonde d'argent conique, presque pointue, poussée avec toute la force possible. Bien plus, il a vu un autre malade chez lequel, à la suite de plusieurs applications de la bougie chargée du caustique, le méat urinaire s'était rétréci au point que, par la suite, le rétrécissement de l'urèthre s'étant renouvelé et l'usage de la sonde étant devenu nécessaire, il fut obligé, pour l'introduire, d'agrandir l'orifice du canal avec le bistouri (*Mal. chir.*, t. IX, p. 133). Ainsi, non-seulement le caustique ne guérit pas les rétrécissements d'une manière radicale, mais encore il les aggrave ; il peut même en produire qui n'existaient pas. Ch. Bell dit avoir certainement vu une chaîne de rétrécissements produits par le caustique (*On the diseases of the urethra*, etc., p. 106). Tout cela est parfaitement d'accord avec ma théorie.

L'excision serait-elle préférable à la cautérisation dans le traitement des cicatrices ou des dégénérescences fibreuses ? Je fais ici abstraction des dérangements fonctionnels qui pourraient en résulter, et je réponds : Oui ; mais à la condition de pouvoir éviter tout travail de réparation capable de remplacer un tissu rétractile par un autre qui ne le serait pas moins ; autrement on aurait plus perdu que gagné. Ainsi, quelquefois on enlève des cicatrices trop dures et on rapproche les bords de la plaie de manière à obtenir leur réunion immédiate. Cette opération a des avantages, parce qu'on remplace un tissu peu élastique par un autre qui l'est beaucoup plus ; mais en serait-il de même si on enlevait une cicatrice pour laisser la plaie suppurer et une cicatrice nouvelle se reformer à la place de la première ? Une pratique semblable paraîtrait irrationnelle, et c'est cependant ce qu'on fait quand on cautérise, ou qu'on use, ou qu'on excise un rétrécissement de l'urèthre. Là il n'y a pas de réunion immédiate à tenter, la plaie ne pourra se recouvrir que par un tissu de cicatrice, et ce tissu ne sera pas moins rétractile que le tissu normal qui avait été tout simplement dénaturé par l'inflammation.

On dit qu'en entretenant la dilatation on obtient une cicatrice plus étendue que l'induration qu'on a fait disparaître. Je demanderai d'abord comment on s'est assuré, en pareil cas, qu'on a obtenu une cicatrice parfaite, malgré le séjour et les frottements des corps dilatants : ce n'est ni par la sensibilité, ni par l'abondance de la suppuration ; car beaucoup de plaies, à une certaine époque, suppurent peu et sont peu sensibles. Ensuite, je ferai observer qu'avant de se rétrécir, les parois uréthrales avaient une largeur que ne dépassera probablement pas la cicatrice ; qu'elles n'en sont pas moins arrivées au point de s'opposer au cours de l'urine, et qu'il n'y a aucune raison de penser que la cicatrice, tissu fibreux anormal s'il en fut jamais, aura moins de tendance à se rétracter que le tissu primitif modifié dans sa texture.

Ainsi, nous voyons qu'aucune de ces méthodes ne ramène les parois uréthrales à leur structure originelle, condition sans laquelle on ne peut leur rendre leur souplesse, et qu'on ne fait au contraire que substituer à une espèce de tissu fibreux une autre plus éloignée encore de l'état normal.

Examinons maintenant les résultats de l'incision.

Avant l'invention des procédés autoplastiques, on ne connaissait pas d'autre moyen de remédier aux cicatrices qui, sous forme de brides, impriment aux parties une disposition vicieuse et qui résistent à la distension. On coupait ces brides en travers dans un ou plusieurs points de leur longueur, et on tâchait, en empêchant les bords des incisions de se rapprocher, d'obtenir, dans les intervalles, des cicatrices nouvelles qui s'ajoutaient ainsi à l'ancienne comme autant de pièces d'allongement. Ces cicatrices nouvelles ne sont pas moins rétractiles que la première, et ce n'est pas chose extraordinaire que de les voir ramener les parties à un état plus ou moins voisin de l'état précédent ; mais il est rare cependant qu'elles n'apportent pas quelque amélioration, et qu'à l'aide de moyens contentifs employés de temps en temps, on ne parvienne pas à prévenir le retour d'une difformité aussi désagréable que celle qui existait avant l'opération.

C'est surtout quand il s'agit d'aponévroses, de tendons, de ligaments ou de muscles rétractés, que les résultats sont favorables ; et ici je ne parle pas de ceux que nous fournit, en pareils cas, la méthode sous-cutanée, parce que nous ne pouvons rien faire dans les rétrécissements de l'urèthre qui place les parties divisées dans les conditions heureuses où se trouve une plaie sous-cutanée, mais de ceux-là seulement qu'on obtenait en incisant les téguments en même temps que les parties rétractées. Or, n'a-t-on pas redressé des pieds-bots en coupant ainsi le tendon d'Achille ? N'a-t-on pas également redressé la tête en divisant de la même manière le sterno-cleïdo-mastoïdien ? J'ai vu, en 1836 ou 1837, M. Roux obtenir un succès assez beau, en coupant, à peu de distance de leurs attaches, les deux tendons de ce muscle à l'aide d'une incision transversale de 8 centimètres de longueur. N'est-ce pas encore ainsi que Dupuytren a obtenu ses succès dans les cas de rétraction de l'aponévrose palmaire ?

Autant que j'ai pu en juger dans le cas de section du sterno-cleïdo-mastoïdien dont j'ai été témoin, la cicatrice qui réunit les deux bouts des muscles a plus de tendance à diminuer de longueur lorsqu'elle s'est faite ainsi sous l'influence de l'inflammation et de la suppuration, que lorsqu'elle se produit à l'abri du contact de l'air ; mais si l'on n'avait pas d'autre moyen à employer, mieux vaudrait encore celui-là que rien, et il ne reste plus maintenant qu'à savoir si cette règle générale doit faire exception pour l'urèthre. Or, mes expériences, d'accord

avec celles de MM. Amussat, Reybard, Ricord, etc., prouvent que non.

Les méthodes que je mets en usage pour le traitement des rétrécissements de l'urèthre se réduisent donc à deux : la dilatation et les incisions. Je commence toujours par la première, et je n'emploie la seconde que quand l'autre ne peut être mise en usage ou ne donne que des succès trop incomplets.

Je vais maintenant dire à quels procédés je donne la préférence.

Mais, avant tout, doit-on dilater lentement, graduellement et d'une manière continue, ou bien par intervalles, et le plus rapidement possible ?

Dans la première méthode, qui est celle de Desault, Chopart, Boyer et de beaucoup de chirurgiens contemporains, on introduit d'abord une sonde élastique d'un faible numéro, on la laisse à demeure pendant six ou huit jours, après quoi on la remplace par un numéro plus élevé, et ainsi de suite jusqu'à ce qu'on ait atteint un diamètre de 6 à 8 millim.; ce à quoi on arrive ordinairement au bout de cinq ou six semaines et même deux mois.

Ce traitement a de nombreux inconvénients.

Le premier, c'est qu'il est souvent impraticable. Il existe bon nombre de malades dont le canal est tellement sensible qu'il lui est impossible de supporter la présence d'une sonde pendant un jour ou deux, et, à plus forte raison, pendant six semaines. Cela a lieu surtout dans les cas où il est le siége de certaines inflammations chroniques dont j'ai déjà parlé.

Un second inconvénient de ce traitement, c'est qu'il condamne les malades à un repos absolu. Or, beaucoup ne pourraient s'assujettir à cette inaction sans porter gravement préjudice à leurs intérêts, et quelques-uns même à leur santé.

Enfin, le troisième et le plus grave, c'est l'inflammation que le séjour d'un corps étranger pendant un temps aussi long ne manque presque jamais de provoquer dans les organes génitaux et urinaires. Tantôt ce sont des orchites, des cystites on des néphrites, et quelquefois même l'inflammation s'étend jusqu'au tissu cellulaire extérieur aux organes : je pourrais citer une observation où des sondes à demeure provoquèrent une suppuration abondante du bassin et mirent ainsi le malade à deux doigts de sa perte. Tantôt le frottement ou la pression de ces instruments sur les parois vésicales en déterminent la gangrène ou la perforation. Cependant je dois faire observer que les perforations de la vessie sont bien moins souvent l'effet du séjour des sondes qu'on ne le croit, et que la plupart de celles qu'on leur attribue ne sont, d'après mes recherches, que le résultat de l'inflammation de l'ulcération et de la rupture spontanée des alvéoles et cellules qu'on rencontre si souvent chez les malades affectés de dysurie ancienne. Ce fait ne doit pas

être oublié; car s'il est utile de connaître les dangers et les inconvénients des moyens que nous mettons en usage, ce serait paralyser l'art que de leur attribuer des accidents dont ils ne sont pas cause : il ne faut pas qu'on reproche au chirurgien et que le chirurgien se reproche à lui-même des événements imprévus, terribles, qu'il n'était en sa puissance ni de prévoir ni d'empêcher.

Mais il est une lésion extrêmement grave et fréquente dont on ne paraît pas avoir toujours bien saisi la cause et le mécanisme : ce sont des ulcérations de la paroi inférieure de l'urèthre au niveau du ligament suspenseur de la verge (1), ulcérations que j'ai vues produire de simples érosions de la muqueuse, la destruction de toute l'épaisseur de l'urèthre, des abcès diffus du scrotum ou circonscrits de la cloison, l'infiltration urineuse des bourses, des fistules souvent incurables, l'inflammation et l'hémorrhagie de la tunique vaginale, la dénudation et l'inflammation du testicule, la mort par épuisement ou par extension de l'inflammation aux veines du bassin, ou bien un long rétrécissement du canal, lorsque la guérison avait lieu. Je ne m'étendrai pas davantage sur ce sujet que j'ai longuement développé dans un mémoire spécial (*Jour. des Conn. méd.-chir.*, 1840).

On voit dans ce mémoire qu'indépendamment des ulcérations qu'elles produisent au niveau du ligament suspenseur de la verge, elles ulcèrent aussi fréquemment le bord postérieur du col de la vessie. Cette action, loin d'être nuisible, aurait peut-être l'avantage de prévenir la gêne que pourrait amener, dans le cours de l'urine, la saillie de ce bord, saillie qui complique si souvent les rétrécissements de l'urèthre. Resterait cependant à savoir ce que le travail de cicatrisation produit en pareil cas, et c'est ce que je ne puis dire, parce que je n'ai jamais employé cette méthode moi-même et que je ne l'ai vu mettre en usage que dans les hôpitaux, d'où les malades sont renvoyés aussitôt qu'on leur ôte la sonde et que le canal est dilaté.

Resterait encore à savoir si une dilatation obtenue ainsi lentement et par une action continue est plus durable que celle qu'on obtiendrait plus rapidement ; mais je ne sache pas qu'on ait encore fait bien attentivement des observations comparatives. Nous verrons d'ailleurs qu'à l'aide de quelques petites précautions que les malades peuvent presque toujours prendre avec un peu de bonne volonté, cette persistance plus grande, en admettant qu'elle fût réelle, n'aurait pas tout l'avantage qu'on pourrait lui supposer.

(1) M. Leroy-d'Etiolles s'est certainement trompé sur l'origine de la poche uréthrale qu'il a fait représenter à la page 94 de l'ouvrage qu'il a publié il y a quelques jours. Lorsqu'on a cessé à temps l'usage permanent des sondes, et que le foyer était circonscrit, celui-ci s'organise quelquefois (j'en possède un exemple) ; mais le siége et la forme des poches qui en résultent ne peuvent laisser d'incertitude sur leur origine.

Passons maintenant à l'examen de la dilatation brusque qui a été surtout préconisée par M. Mayor.

Pénétré probablement de l'idée que la résistance d'un rétrécissement est toujours la même, quelle que soit la manière dont on l'attaque, M. Mayor paraît ne regarder le choix de la méthode que comme une question de temps : « S'il se trouve des malades, dit-il, assez poltrons et assez mal avisés pour préférer guérir avec beaucoup de temps et de patience, que promptement, commodément et impatiemment, tant pis pour eux. » (*Ch. simpl.*, t. II, p. 91.) La douleur et les chances de déchirures ne paraissent rien pour lui : « S'il s'agit d'une vessie fortement distendue et qu'il importe de vider incessamment, et en même temps d'un canal très-resserré qu'il faut forcer et pénétrer sans délai..., au lieu d'agir par séances ou à des intervalles plus ou moins rapprochés, je n'abandonne plus le malade, et je fais succéder sans trop d'interruption mes différents cathéters les uns aux autres. » (*Ibid.*, 98.)

« Au moment où certaines coarctations viennent à céder, continue M. Mayor, on entend ou on éprouve un petit frémissement ou bruissement brusque, comme si quelque chose se déchirait ou se *déplissait* Il ne faut que s'en féliciter, car on a triomphé de l'ennemi. » (*Chir. simp.*, t. II, p. 103.) M. Mayor me permettra sans doute de regarder son *déplissement* comme fort hypothétique et de n'admettre alors qu'une déchirure. Mais, comme on le voit, il ne s'en effraie pas. Je ne serais pas trop éloigné de partager son avis à cet égard, s'il était bien sûr que le tissu sain ne se déchirera jamais avant le tissu morbide. Et si ce dernier se trouve assez dur pour ne pouvoir céder sans se rompre, n'y aurait-il pas avantage à l'inciser ? le malade ne souffrirait-il pas moins, la division ne serait-elle pas plus nette, moins disposée à suppurer et à se rétrécir par conséquent ? Lorsqu'un rétrécissement s'est rompu en quelque point, n'y a-t-il jamais à craindre que l'instrument ne se précipite hors du canal par cette ouverture ?

Soyons justes cependant. Les résultats fournis par de grosses sondes dans les cas de spasme de l'urèthre et d'hypertrophie de la prostate ont très-probablement eu une grande influence sur les idées de M. Mayor, et il est à croire que ce chirurgien a, dans beaucoup de cas, pris ces obstacles pour des rétrécissements ; mais M. Vidal, de son côté, n'est-il pas tombé dans une autre exagération en affirmant qu'il devait en avoir été toujours ainsi et que les véritables rétrécissements organiques ne peuvent être traités par la méthode et question ? (*Traité de Path. ext.*, t. V, p. 340.) Pour moi, je ne crains pas de le dire : Oui, de véritables rétrécissements, et beaucoup même, *peuvent* être traités par cette méthode, parce qu'il en existe un certain nombre qui ne sont pas très-étroits et qui ne sont accompagnés de rétention d'urine que parce qu'ils sont compliqués de spasme du col de la vessie ; d'autres

qui sont presque linéaires ; d'autres enfin dont le tissu n'est pas encore très-condensé.

Mais toutes ces conditions favorables, on ne les connaît pas d'avance, et ce n'est presque toujours qu'après le résultat qu'on en a une idée exacte. Et pourquoi, s'il est possible, ne pas employer une méthode sûre et douce plutôt que de s'exposer à des déchirures, des fausses routes, et, dans tous les cas, de causer des douleurs intolérables ?

On a, dans ces derniers temps, diminué les dangers de la méthode Mayor en ne forçant le rétrécissement qu'après l'avoir franchi ; mais les douleurs ne m'ont pas paru moins vives et la réaction moins intense.

Les travaux du chirurgien de Lausanne n'auront cependant pas été inutiles pour la pratique ; car ils ont beaucoup contribué à propager cette opinion que la marche méticuleuse et lente généralement suivie jusqu'alors n'est pas nécessaire, et qu'on peut éviter une grande perte de temps, ainsi que les inconvénients qui résultent d'un repos prolongé et du séjour d'une sonde pendant plusieurs semaines dans la vessie.

Depuis quelque temps, plusieurs praticiens, rejetant ce que les deux méthodes que je viens d'examiner ont d'exagéré, en ont fait une mixte qui possède les avantages de l'une et de l'autre sans entrevoir leurs inconvénients. Voici, pour mon propre compte, celle que je suis habituellement, et que j'ai exposée dans une note adressée le 1er mars 1844 à l'Académie de médecine.

Lorsque j'ai traversé un rétrécissement de la manière que j'ai indiquée, je remplace immédiatement ma première bougie par une seconde, également de gomme élastique et bien polie, à tige de 4 millim. environ de diamètre et à cône moins effilé, quoique toujours très-flexible par son extrémité. Cette flexibilité est une condition essentielle, parce qu'elle se prête facilement aux courbures du canal et que la partie plus raide la suit toujours, tandis que l'instrument tendrait bien plutôt à faire des fausses routes au niveau de ces courbures, s'il était raide à partir même de son extrémité (1).

A l'aide de cette bougie, j'élargis le rétrécissement autant qu'il est possible de le faire ; mais sitôt que celui-ci ne cède plus à une pression modérée, ou que le malade éprouve le sentiment d'une distension trop forte, je m'arrête ; je laisse en place cette bougie pendant quinze ou vingt minutes, et je note quel est son diamètre dans le point correspondant au rétrécissement.

(1) Ces bougies coniques me semblent de beaucoup préférables aux instruments métalliques, parce que ceux-ci, lorsqu'ils sont peu volumineux, exposent singulièrement à faire fausse route. En outre, elles dilatent on ne peut plus graduellement, tandis que les instruments cylindriques n'y parviennent toujours que par saccades, quelque faible que soit la différence entre leurs divers numéros.

Si je n'ai obtenu qu'une faible dilatation, je recommence le lendemain avec la même bougie; dans le cas où j'aurais pu, au contraire, faire pénétrer cet instrument jusqu'à sa partie la plus volumineuse, et c'est ce qui arrive très-souvent, je commence le lendemain par introduire une bougie cylindrique d'un diamètre égal ou un peu inférieur à celui auquel j'étais parvenu la veille, et si, comme cela a lieu ordinairement, elle passe sans difficulté, je la remplace de suite par un numéro d'autant plus élevé que j'ai rencontré moins de résistance, et, sans désemparer, j'en passe successivement de plus en plus volumineuses tant qu'il n'en résulte pas une douleur trop vive ou une distension trop forte. Il est rare qu'on ne puisse augmenter de deux numéros au moins de la filière Charrière qui est graduée par tiers de millimètre : quelquefois on s'élève de 3, 4, 5 et même plus; de sorte qu'en quelques jours on arrive à un diamètre de 6 et même de 8 millimètres qu'on ne dépasse presque jamais.

Du moment que je m'aperçois que les bougies élastiques droites ont, en raison de leur volume, trop de rigidité pour s'accommoder facilement aux courbures du canal, j'en prends à courbure fixe, ou bien je fais usage de cathéters Mayor non troués.

Je pourrais exposer ici un certain nombre de faits qui prouvent que cette méthode est applicable dans beaucoup de cas et que des rétrécissements même très-étroits peuvent être guéris par elle en quelques jours seulement. C'est ainsi que j'ai guéri en cinq jours et sans le moindre dérangement un marchand ambulant qui ne me consulta qu'une semaine avant de quitter Paris. C'est encore ainsi qu'au moment où je relis ces lignes, je viens d'arriver en deux séances, faites à vingt-quatre heures d'intervalle, à un diamètre de 6 millim. chez un Algérien dont le rétrécissement n'avait pu admettre, en premier lieu, qu'une bougie d'un millimètre à peine.

Cependant la dilatation ne se fait pas toujours avec cette facilité : quelquefois, arrivé à un certain degré, il est impossible d'aller au delà ; eh bien ! j'ai recours alors à une action plus lente, et je laisse à demeure le corps dilatant. Mais ce sont des cas exceptionnels, et 2, 3.... ou 24 heures au plus suffisent pour donner au rétrécissement un degré remarquable de dilatabilité (1).

Ce phénomène, qui est de même nature que ce que Dupuytren appelait dilatation vitale, me semble dû à un ramollissement inflammatoire, comme on en observe journellement dans les tissus fibreux

(1) On voit en quoi cette conduite diffère de la dilatation permanente brusque, préconisée par M. Lallemand d'abord, et depuis peu par M. Leroy-d'Etiolles. Dans ce dernier procédé, les sondes restent huit ou dix jours en place; seulement on en augmente chaque jour le numéro. Ce séjour prolongé ne m'a jamais paru nécessaire, et chez beaucoup de sujets, d'ailleurs, il serait impossible.

naturels, et peut-être est-ce en provoquant un travail analogue que la cautérisation a paru quelquefois utile dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre. Autant que possible, c'est une sonde que je laisse alors à demeure, parce qu'elle permet au malade d'uriner sans être obligé de l'extraire; mais pour peu qu'en raison du volume de l'instrument ou de la sensibilité du canal, j'aie lieu de craindre une irritation trop vive, c'est une bougie de cire que je préfère. Celles-ci m'ont toujours paru beaucoup plus douces pour le canal et beaucoup plus faciles à supporter, d'autant plus que la chaleur et l'humidité du lieu leur donnent une flexibilité que n'ont jamais les sondes élastiques d'un volume égal. Je ferais toujours usage de ces bougies dans les cas en question, s'il n'était pas nécessaire de les extraire chaque fois que le patient a besoin d'uriner.

Ce que je viens de dire semblerait prouver la supériorité de la dilatation permanente sur la temporaire; mais gardons-nous d'en tirer ici une conséquence prématurée. Je crois, en effet, avoir remarqué que la dilatabilité qu'on obtient de la sorte, et pour ainsi dire artificiellement, ne dure pas, et que le rétrécissement conserve une grande tendance à revenir au point où l'on se trouvait arrêté d'abord et qui semble être la limite de son extensibilité.

On pourrait, il est vrai, se demander si la dilatation ne persisterait pas plus longtemps en prolongeant pendant un mois ou six semaines cette action de la bougie que je ne fais durer que 24 heures à peine. C'est une question à laquelle je ne pourrais répondre, parce que je n'ai jamais employé dans ma pratique la dilatation permanente. Je l'ai vu souvent mettre en usage dans les hôpitaux; mais on sait qu'on en renvoie les malades aussitôt qu'on a obtenu un calibre suffisant, et qu'on n'y est presque jamais à même d'apprécier les suites du traitement. On serait peut-être porté à croire, au contraire, que l'inflammation provoquée par la présence prolongée d'un corps étranger ne fait qu'aggraver le mal et en rendre le retour plus rapide, si l'on réfléchit que la plupart des malades qu'on rencontre dans ces asiles ont déjà subi des traitements plus ou moins nombreux par la même méthode. Mais jusqu'à présent on n'a constaté que des récidives; et comme aucune méthode n'en met à l'abri, il s'agirait d'établir moins l'existence de ces récidives que la rapidité avec laquelle elles ont lieu: épreuve comparative très-difficile et qui n'aurait de valeur qu'autant qu'elle aurait été faite sur les mêmes malades et sur les mêmes rétrécissements; car il ne faut pas oublier qu'on observe à cet égard les plus grandes variétés.

Un homme de 50 ans était affecté d'un rétrécissement très-étroit, existant à la courbure de l'urèthre, et qui, pendant dix ans, avait été pour lui un supplice continuel. En une semaine, j'arrivai à passer

une sonde de 7 millimètres, à laquelle je m'arrêtai ; et comme le sujet avait une certaine incertitude dans les mouvements, je me bornai à lui recommander de revenir aussitôt qu'il se manifesterait la moindre diminution dans le jet urinaire. Mais quoiqu'il y ait bientôt quatre ans que tout traitement a été suspendu, les voies urinaires fonctionnent parfaitement, et il y a dix-huit mois environ, je pus, dans l'unique intention de m'assurer de l'état du canal, introduire une sonde du volume de celle par laquelle j'avais terminé le traitement.

Je pourrais encore citer un septuagénaire qui, il y a cinq ans, guérit en douze ou quinze jours d'un rétrécissement de la région spongieuse. Ce rétrécissement, des plus étroits, remontait à une époque bien éloignée, puisqu'il avait nécessité l'introduction d'une bougie, à Pise, pendant la campagne d'Italie. Depuis lors, on n'avait rien fait, et l'urine était arrivée à ce point de ne sortir que goutte à goutte. Pendant six mois environ, le malade se passa une sonde tous les quinze jours d'abord, puis tous les mois; mais, passé cette époque, il ne fit plus rien, et cependant j'ai appris, il n'y a pas longtemps encore, que tout va parfaitement.

Mais, à côté de ces faits, j'en pourrais placer d'autres où le rétrécissement s'est reproduit complètement en un an, et même en beaucoup moins, sans que j'aie rien remarqué qui eût pu me faire prévoir cette différence. Cela nous montre combien il est difficile de juger de la valeur des diverses méthodes de thérapeutique, quant à la durée de leurs résultats, et combien il est important, pour éviter aux malades les désagrémennts d'une récidive, de ne pas les abandonner à une sécurité trompeuse.

Quant à moi, je préviens franchement les miens de l'incertitude de la science à cet égard; je leur montre à s'introduire une bougie élastique à courbure fixe, d'un numéro égal à celle par laquelle j'ai terminé le traitement, et je leur recommande de se la passer momentanément tous les huit, quinze ou trente jours, suivant la tendance que le rétrécissement paraît avoir à se reprodulre ; je leur conseille même de se munir d'une deuxième bougie un peu moins volumineuse, afin de se la passer avant la première, dans le cas où celle-ci éprouverait trop de résistance.

Il m'a semblé que la rétractilité des rétrécissements diminue à mesure qu'on s'éloigne de l'époque du traitement. Le tissu fibreux prend-il alors un surcroît de nutrition en rapport avec sa nouvelle étendue, surcroît qui augmenterait la somme de ses molécules constituantes ? Je ne sais ; mais je serais porté à le croire. Quoi qu'il en soit, on pourra éloigner les introductions de la bougie à mesure que le besoin s'en fera moins sentir.

Mais la dilatation n'est pas toujours, même momentanément, cou-

ronnée de succès ; quelquefois le rétrécissement lui résiste, ou bien il ne lui cède que pour se reproduire aussitôt. Il ne faut pas pour cela se décourager, puisque la science actuelle nous offre encore une ressource : c'est le débridement ou la division du point rétréci par l'instrument tranchant.

Je ne ferai pas ici l'historique de cette méthode ; cependant je dois dire qu'elle ne remonte guère au delà du commencement de ce siècle. Il paraît qu'elle a été imaginée par Physick, de Philadelphie, qui fit connaître pour cela, en 1795, un instrument composé d'une lancette renfermée dans une canule. Quand la canule était arrivée au niveau du rétrécissement, il faisait saillir la lame, et la bride se trouvait divisée. C'est un uréthrotome de même genre qui a été imaginé par Doerner, et dont la description se trouve dans le premier volume du *Siebold's chiron*. Dzondi, de son côté, se servit d'un cathéter ouvert à son extrémité, et dans lequel on pouvait faire manœuvrer un bistouri en forme de lancette. (*Klinishes Institut fur Chirurgie*, *zu Halle*, 1818, pl. XI.) M'Ghie imagina un instrument analogue. (*Edinburgh med. and surg. Journ.*, 1825.) C'est M. Amussat qui le premier pratiqua cette opération en France et qui l'a véritablement régularisée (1824). Je ne décrirai pas ses instruments, qui sont généralement connus, ainsi que ceux de MM. Ségalas, Tanchou, Ricord, L. Ratier, etc.

Je ne ferai qu'une remarque au sujet de ces uréthrotomes. Plusieurs peuvent être employés avec succès suivant les circonstances et suivant l'habitude qu'on a de s'en servir ; mais ceux qui agissent d'avant en arrière, et sans être guidés par un conducteur, exposent à des fausses routes dangereuses : on en a vu pénétrer jusque dans le rectum (Civiale, *Mal. des Org. génit. urin.*, t. I, p. 281). Les autres n'ont pas cet inconvénient ; mais ils ont presque tous celui de ne pas indiquer les limites du rétrécissement, soit en avant, soit en arrière, et quelques-uns même dans aucun sens, ce qui expose à inciser les parties saines. C'est pour être sûr de n'agir que sur le tissu induré que j'ai fait construire celui dont je vais donner la description.

M. Leroy-d'Etiolles avait imaginé un instrument terminé par une olive recelant dans son intérieur deux, trois ou quatre petites lames qu'on peut faire saillir à la base de l'olive, de manière que si, après avoir fait passer ce renflement à travers la coarctation préalablement dilatée, on fait saillir ces lames, on peut, en retirant l'instrument, inciser l'anneau fibreux d'arrière en avant. Avec cet uréthrotome, on ne court pas risque de blesser les parties postérieures au rétrécissement ; mais il n'en est pas de même des antérieures qu'on est exposé à labourer dans une certaine étendue, surtout lorsque l'instrument s'échappe tout à coup de l'obstacle où il éprouvait de la résistance. Il peut en outre arriver, principalement dans la partie courbe de l'uréthre,

qu'en le retirant on appuie plus fortement dans un sens que dans les autres, et que la scarification ne soit pas égale sur tous les points. Ajoutons que le rétrécissement, n'étant pas soutenu en avant, ne se laisse pas couper aussi nettement, aussi facilement que s'il avait un point d'appui de ce côté.

Voici maintenant l'uréthrotome que j'emploie depuis plusieurs années, et que j'ai présenté à l'Académie de médecine le 21 mars 1843. Il se compose d'un tube métallique de 3 millimètres de diamètre, long de 2 décimètres et demi, légèrement courbé à 5 ou 6 centimètres de son extrémité vésicale, et terminé par un renflement olivaire de grosseur variable, suivant la dilatabilité du rétrécissement auquel on a affaire : je pense que trois numéros de 5, 6 et 7 millimètres de diamètre doivent suffire à toutes les indications. Ce renflement, qui se termine en cône allongé et bien lisse, présente vers sa base quatre fentes dans lesquelles se trouvent à couvert quatre petites lames supportées par une tige glissant dans le tube en forme de mandrin. Les fentes de l'olive se prolongent jusqu'à 4 ou 5 centimètres sur le tube ; de sorte qu'en tirant ou poussant la tige centrale, les lames parcourent cet espace dans un sens ou dans l'autre.

Un second tube, moins long de 5 centimètres environ que le premier, engaîne celui-ci et peut glisser sur lui à la faveur d'une disposition qui lui permet de se mouler sur sa courbure. Il se termine également par un renflement de même volume que celui du tube inférieur ; mais ce renflement est en sens inverse, c'est-à-dire que sa base regarde celle de l'autre et présente aussi quatre fentes correspondantes à celles dont il a été question plus haut.

De cette manière, l'olive du tube externe peut être rapprochée plus ou moins de celle qui termine le tube interne, et les lames qui sont logées dans celle-ci peuvent venir se loger dans l'autre. En supposant donc que le rétrécissement corresponde à l'intervalle des deux olives, les lames l'inciseront chacune de leur côté en parcourant ce trajet.

Ces lames ne dépassant pas la circonférence des olives, il arrivait quelquefois qu'elles ne faisaient qu'effleurer la surface du tissu induré. J'ai depuis quelque temps imaginé un mécanisme qui permet de les faire saillir avant de leur faire traverser le rétrécissement et de les faire rentrer ensuite dans l'olive destinée à protéger les parties saines du canal contre leur action.

Je vais dire maintenant comment j'opère et de quelles précautions je m'entoure.

Avant de procéder à la dilatation, il suffit, pour ainsi dire, de s'assurer que le canal est bien réellement rétréci ; et heureusement que les autres notions ne sont pas indispensables, puisque ce n'est que par

la dilatation ou après la dilatation qu'on peut les acquérir. Mais il n'en est pas de même quand on juge la scarification nécessaire.

La sensibilité du canal, la résistance du rétrécissement et sa grande tendance à se reproduire étant les raisons principales qui rendent la dilatation insuffisante, ces notions ont dû nous être fournies par le traitement antérieur, celui par lequel je commence toujours, celui qui d'ailleurs est indispensable pour en employer un autre avec sécurité. Mais on conçoit que, lorsqu'il s'agit de scarifier, il faut connaître en outre, d'une manière précise, le siége, l'étendue et le nombre des points sur lesquels on doit agir.

A cet égard, une sonde ordinaire ne donne pas des notions suffisantes : serrée par l'entrée même du premier rétrécissement qu'elle traverse, elle ne transmet plus que des sensations confuses de ce qui se passe plus loin. On a dit, et M. Civiale a particulièrement insisté sur ce point, qu'en laissant à demeure pendant quelques heures une bougie de cire, les rétrécissements déterminent à sa surface une empreinte qui indique exactement leur nombre, leur siége et leur étendue. J'ai beaucoup employé ce moyen parce qu'il est véritablement utile ; mais je dois dire que, seul, il est insuffisant.

D'abord, ce ne sont que les rétrécissements les plus durs qui laissent une telle empreinte, et, même dans un rétrécissement, ce ne sont que les parties les plus résistantes ; de sorte qu'on serait presque toujours trompé sur le nombre et sur l'étendue des points coarctés. Ajoutons qu'avant d'arriver à un second et à plus forte raison à un troisième rétrécissement, la bougie peut avoir été dépouillée de sa cire par le premier ; car il faut, pour ramener une empreinte, que l'instrument ait été introduit avec une certaine force. D'ailleurs, il ne peut fournir des indications sur-le-champ même, parce qu'il faut un temps assez long pour que sa cire se ramollisse et que son tissu se gonfle, conditions qui sont essentielles.

La bougie à renflement dont j'ai déjà parlé est un moyen plus commode et plus sûr. On en choisit une dont l'olive terminale égale en diamètre la bougie à laquelle on avait été obligé de s'arrêter dans la dilatation, c'est-à-dire d'un volume tel qu'elle puisse passer, mais non sans éprouver une certaine résistance : on passe, s'il est nécessaire, un fil d'argent dans son intérieur ; on l'introduit jusqu'au rétrécissement, et l'on voit alors, par l'échelle marquée sur sa tige, à quelle profondeur on est arrêté. On en prend note ; puis on presse davantage, de manière à franchir l'obstacle ; après quoi l'on retire doucement la bougie jusqu'à ce que son olive se trouve arrêtée derrière cet obstacle, et on prend également note de cette nouvelle mesure. La différence entre ces deux mesures représente la longueur du rétrécissement. Il est bon toutefois de retrancher de cette différence 1 ou 2 millimètres, parce

que l'olive ne s'arrête pas dans les deux cas au même point. Je suppose, par exemple, que j'aie obtenu 7 centim. de distance de l'orifice de l'urèthre à la partie antérieure du rétrécissement, puis 8 centim. à sa partie postérieure, la longueur du rétrécissement ne sera pas de 1 centimètre, parce que l'olive s'est arrêtée, dans le premier cas, au-devant de sa partie la plus saillante, et, dans le second, derrière. J'évalue à 2 millim. environ cette différence, et je dis que le rétrécissement a 1 centim. moins 2 millim., c'est-à-dire 8 millim.

Cela fait, je pousse la bougie plus avant, et si je rencontre un second rétrécissement, j'agis comme pour le premier, et ainsi de suite jusqu'à ce que l'olive ait pénétré dans la vessie. Je note également, chemin faisant, la résistance de chacun des rétrécissements, la sensibilité des diverses parties du canal au passage de l'olive et la force nécessaire pour franchir le col de la vessie.

Enfin, je retire doucement la bougie ; je vérifie, mais en sens inverse, l'exactitude de mes premières données, et je connais de cette manière le nombre des rétrécissements, leur siége et leur longueur. J'ai de plus des notions exactes sur la sensibilité relative des diverses parties du canal, ce dont les bougies ordinaires ne donnent qu'une notion générale et tout à fait confuse ; et si le bord postérieur du col de la vessie faisait une saillie trop prononcée, la résistance éprouvée dans ce point m'en avertirait.

On voit qu'avec ces données je puis agir sans incertitude ; et lorsque j'ai bien constaté quel est le rétrécissement qui s'oppose aux progrès de la dilatation, je le scarifie.

Pour cela, je le dilate autant que possible au moyen d'une bougie de cire que je laisse pendant quelques instants dans le canal. On arrive presque toujours ainsi à un degré assez avancé ; car ordinairement le difficile est moins de dilater que de maintenir la dilatation : or, la distension du canal n'étant que momentanée, elle peut être opérée avec une certaine énergie. Alors je retire la bougie, et j'examine les empreintes qu'elle rapporte pour les mettre à profit en les comparant avec le résultat de mes premières explorations, sans oublier toutefois ce que j'ai dit de leur valeur.

Cela fait, je choisis un uréthrotome à olives égales ou même légèrement supérieures en volume au point par lequel la bougie correspondait au rétrécissement : ce choix est facile à faire à l'aide d'une filière. J'huile l'instrument, j'éloigne les deux olives l'une de l'autre, et je pousse celle de l'extrémité au delà du rétrécissement que je veux inciser. Je laisse alors l'instrument en place jusqu'à ce que la coarctation soit assez revenue sur elle-même pour ne plus permettre de retirer l'olive sans l'emploi d'une certaine force, ce qui n'exige souvent que quelques minutes. Ceci bien constaté, je pousse tout doucement la

canule externe jusqu'à ce que l'olive qui la termine soit arrêtée au-devant du rétrécissement : je vois à une échelle marquée sur la partie du tube interne qui dépasse l'externe quelle est la distance des deux olives, et si cette distance est égale à la longueur du rétrécissement, je presse même un peu, de manière à rapprocher l'une de l'autre les deux extrémités de celui-ci et à faire saillir davantage entre les deux olives le tissu induré qui le constitue. Je fais exécuter à la totalité de l'instrument quelques légers mouvements de va-et-vient, et lorsque je me suis assuré ainsi que le rétrécissement est bien fixé entre les deux renflements, il ne me reste plus qu'à tirer le mandrin central pour que les quatre lames qu'il supporte passent de l'olive terminale dans l'autre, après avoir traversé et incisé dans un, deux, trois ou quatre sens, selon le nombre des lames, les tissus compris dans cet intervalle. La facilité avec laquelle sort alors l'olive terminale indique le succès de l'opération.

Celle-ci n'est que très-peu douloureuse ; le malade la sent à peine, parce qu'on n'incise que du tissu induré. La même raison fait aussi qu'il s'écoule à peine quelques gouttes de sang. Mais ce qui prouve qu'on a réellement incisé le rétrécissement, c'est qu'on peut immédiatement, à moins de circonstances particulières, telles qu'une seconde coarctation, introduire une bougie presque double de celle qui, auparavant, avait déjà beaucoup de peine à entrer.

Si l'on a à scarifier plusieurs rétrécissements, il y a avantage à le faire de suite, puis on passe un corps dilatant aussi fort que le canal peut l'admettre sans en être trop fatigué ; et comme il est important de le laisser quelques heures en place pendant dix, douze et même quinze jours, s'il est possible, je préfère les bougies de cire pour les raisons que j'ai déjà exposées. Plus tard, le malade ne s'introduit plus la bougie que momentanément, matin et soir, puis une fois par jour ; enfin, il éloigne ces introductions d'autant plus que la partie malade paraît avoir moins de tendance à se rétrécir de nouveau. Plusieurs fois il m'a suffi de ne les passer, dès le début, qu'une ou deux fois par jour.

Si, par une raison quelconque, on n'avait pu obtenir d'une première scarification toute la dilatation désirable, on en ferait une seconde avec un instrument plus fort ; mais je pense qu'avec mon nouveau système qui permet d'augmenter la saillie des lames, il sera rarement nécessaire de recourir à une nouvelle opération.

Jusqu'à présent j'ai toujours employé un uréthrotome à quatre lames : cela se concevra si l'on réfléchit que je n'en fais jamais usage que pour des rétrécissements assez avancés, et que, lorsqu'un rétrécissement en est venu à n'avoir plus qu'un millimètre à peine de diamètre, ou bien quand il offre une grande résistance à la dilatation, il est difficile d'admettre que toute la circonférence des parois uréthrales

ne soit pas affectée. Supposons, en effet, qu'elles soient restées saines dans un quart ou même un sixième de leur pourtour, la coarctation serait moins étroite et plus dilatable.

Admettons, au contraire, que l'altération de tissu occupe toute la circonférence, un instrument à quatre lames est évidemment plus avantageux que s'il en avait moins, et surtout que s'il n'en avait qu'une, comme la plupart de ceux qui ont été inventés jusqu'à présent. J'ai dit, en effet, qu'un urèthre assez rétréci, assez induré pour avoir besoin d'être scarifié, est souvent comme étranglé extérieurement. On ne tarderait donc pas, pour peu qu'on incisât profondément, à dépasser de beaucoup l'épaisseur des parois et à pénétrer dans les parties ambiantes : de là pourraient naître, surtout dans les régions où le canal n'est entouré que de tissu cellulaire lâche, une inflammation, une infiltration urineuse, et même une fistule. Or, c'est ce à quoi on s'exposerait si l'on voulait obtenir d'une seule incision tout l'effet qu'on désire. Si, au contraire, on fait plusieurs incisions avec un instrument à lame unique, l'opération se trouve bien plus compliquée, très-longue, et il est difficile de lui donner une grande précision.

Ainsi, mon uréthrotome n'expose ni à faire fausse route ni même à dépasser les parties malades ; le chirurgien le moins habitué peut en faire usage aussi bien que qui que ce soit, puisque toute l'habileté consiste à comprendre le rétrécissement entre les deux olives et qu'on peut y mettre tout le temps nécessaire : on n'a pas crainte d'appuyer trop dans un sens ou dans l'autre, puisque la partie rétrécie se moule sur l'instrument comme une sonde élastique sur son mandrin. En un instant presque indivisible, on incise dans quatre sens ; ce qui, avec le peu de profondeur des incisions, donne un résultat très-marqué.

Quand il s'agit d'un rétrécissement à l'orifice même du gland, il suffit de l'inciser par en bas à l'aide d'un bistouri boutonné, et alors on est presque maître d'obtenir une dilatation durable, en ayant soin, comme le conseille M. Amussat, de détruire chaque jour, avec la pointe d'un bistouri, la cicatrice qui tend à se faire vers l'angle de réunion des deux lèvres de la plaie, jusqu'à ce que celles-ci soient recouvertes d'une pellicule bien formée. Je n'ai jugé qu'une seule fois nécessaire de mettre ce procédé en usage, et j'ai parfaitement réussi. Il est dommage qu'il ne puisse être employé qu'à l'orifice même de l'urèthre, là où il serait le plus facile de s'en passer.

Quant aux scarifications de l'intérieur, nous n'avons d'autres moyens que la dilatation pour prévenir leur réunion. On sait combien, après l'incision des cicatrices de la peau, on a de la peine à empêcher, par la distension, le rapprochement des bords de la plaie ; et cependant l'expérience prouve qu'avec de la persévérance et des soins bien entendus, on arrive, malgré cela, à des résultats avantageux. Il en est de

même ici de la dilatation. Dans les cas où la scarification m'a le moins bien réussi, j'ai toujours obtenu plus d'elle que de la dilatation simple. Mais, je dois l'avouer, et ici le résultat est parfaitement d'accord avec l'analogie, on n'est jamais assuré d'une guérison radicale. La scarification ne modifie en rien le tissu fibreux et ne lui ôte pas sa rétractilité : elle ajoute bien quelque chose à la surface précédemment existante ; mais ce quelque chose n'est qu'une cicatrice, et chacun sait avec quelle énergie les cicatrices se rétractent quand elles ne sont pas maintenues en état de tension. Si donc on n'a pas soin de passer de temps en temps un corps dilatant dans l'urèthre, comme je l'ai dit à propos de la dilatation, on sera très-exposé à voir le rétrécissement se reproduire, seulement dans un temps plus éloigné que si l'on s'était borné à la dilatation.

J'ai déjà cité, d'après Boyer, le cas d'un homme qui, après la section d'une partie de la verge, avait eu un rétrécissement très-étroit de l'extrémité de l'urèthre. Or voici ce qui se passa : « Il fallut, dit l'auteur, agrandir cette ouverture avec le bistouri et la tenir dilatée au moyen d'une sonde de gomme élastique. Après deux mois de l'usage constant de la sonde, le malade urinait librement et à gros jet ; mais comme je craignais le rétrécissement ultérieur de l'extrémité de l'urèthre, je lui recommandai de se servir de la sonde de temps en temps. Ce conseil ne fut pas suivi ; et l'urèthre s'étant rétréci de nouveau, il fallut revenir à l'usage des sondes *en commençant par les plus fines.* » (*Mal. chir.*, t. X, p. 366, 4e éd.) Ce fait nous montre le degré de confiance que méritent certaines promesses de guérison infaillible et radicale.

Je pourrais rapporter ici, si l'espace me le permettait, un certain nombre de faits d'où découleraient les conséquences suivantes :

1° Il est des cas où la dilatation est impossible à cause de la sensibilité du canal qui ne permet pas, non-seulement de laisser des instruments à demeure, mais encore d'en introduire momentanément d'aussi volumineux et autant de fois qu'il le faudrait.

2° Il est d'autres cas où cette même méthode est inefficace, à cause de la dureté du rétrécissement qui ne cède pas ou qui ne cède que très-difficilement à l'action des bougies.

3° Il en est d'autres encore où elle est insuffisante, parce que le rétrécissement est doué d'une rétractilité telle qu'il se reproduit presqu'aussitôt que l'action dilatatrice a cessé.

4° Dans tous ces cas, la scarification peut fournir de très-bons résultats.

5° Cependant cette méthode ne met pas à coup sûr à l'abri de récidive et ne dispense pas de l'obligation de passer une bougie de temps en temps.

6° Enfin, il est des cas où, malgré la dilatation et la scarification, et bien que le canal laisse passer une bougie très-volumineuse, l'excrétion urinaire ne se fait que très-imparfaitement, très-incomplètement. Cela tient presque toujours à ce qu'il s'est formé, au col de la vessie, une valvule à laquelle on n'avait pas fait attention jusqu'à présent.

Alors il faut bien se garder de tourmenter les malades par l'introduction répétée de sondes volumineuses, comme on le fait ordinairement. Cette manière d'agir ne sert qu'à irriter le canal et aggraver la dysurie. Le seul traitement rationnel est celui que j'ai proposé dans mes *Recherches sur la nature et le traitement d'une cause fréquente et peu connue de rétention d'urine*, et particulièrement l'incision de la valvule.

Voici un fait qui aura ici d'autant plus d'autorité que je n'ai joué, dans son accomplissement, qu'un rôle tout à fait secondaire.

M. B..., 60 ans, fort et vigoureux. A 20 ans, blennorrhagie légère qui s'arrêta bientôt par des injections. Jusqu'à 55 ans environ, rien d'inquiétant; mais, à partir de ce moment, diminution graduelle du jet urinaire, qui devient entortillé, bifide ; urines catarrhales.

Arrivé à Paris au commencement de novembre 1844, cet homme s'adresse à M. Ségalas. Rétrécissement à 15 centim. (5 pouces 1/2). Dilatation et cautérisation, injections d'eau froide. Malgré cela, la vessie ne se vide que très-incomplètement et les urines restent catarrhales. Le malade apprend à se sonder et acquiert ainsi la faculté de dormir. Une dixaine d'injections faites dans la vessie avec une solution de nitrate d'argent font disparaître le catarrhe; mais la rétention résiste à tout pendant sept mois environ.

A cette époque, M. Ségalas, connaissant mes idées sur la complication des valvules du col de la vessie avec les rétrécissements de l'urèthre, et témoin des heureux résultats que j'obtiens de l'incision de ces valvules, pensa que son malade pourrait bien en avoir une, et m'invita à l'examiner. L'exploration ayant confirmé les présomptions de cet habile et judicieux praticien, il fit lui-même l'opération, le 16 mai, à dix heures, moi présent, ainsi que M. le docteur Richard, régisseur des haras du Pin, et M. Daleau, élève des hôpitaux.

Sans m'arrêter aux détails, qui seront mieux placés dans un mémoire que je vais publier comme complément de mon dernier ouvrage, et où l'on trouvera plusieurs autres observations fort intéressantes, je dirai que, dès le jour même, le malade vida sa vessie sans efforts, que la nuit il n'urina que trois fois au lieu de 8 ou 10, que le lendemain les urines ne contenaient plus de sang, qu'il n'y eut point de fièvre, et qu'enfin, le 26, le malade traversa presque tout Paris, partie à pieds, partie en omnibus, pour se rendre chez M. Ségalas, qui s'assura de nouveau que

la vessie se vidait parfaitement et que les urines étaient tout à fait naturelles.

Si je ne m'abuse, un pareil fait prouve sans réplique que la découverte des valvules du col de la vessie et de leur traitement a fait faire un pas immense à la thérapeutique des rétrécissements de l'urèthre.

Quelques remarques sur les rétrécissements de l'urèthre chez la femme.

Ce que j'ai dit au sujet des rétrécissements spasmodiques et inflammatoires trouve son application aussi bien chez la femme que chez l'homme. Je crois même pouvoir ajouter que les valvules spasmodiques ou passagères du bord postérieur du col de la vessie sont, pour la première, la cause la plus ordinaire de dysurie (voy. mes *Rech. sur une cause*, etc., p. 102 et suiv.); car elle n'a pas de prostate et elle n'est que très-rarement affectée de rétrécissements organiques, par quelques-unes des raisons peut-être qui font que l'homme n'a que rarement des rétrécissements de la portion membraneuse avec laquelle l'urèthre de la femme a beaucoup d'analogie. Je n'ai jamais rencontré qu'un exemple de ce dernier genre; mais ce cas m'a paru remarquable à plus d'un titre.

Il s'agit d'une femme d'une quarantaine d'années que j'ai eu occasion de voir à la Charité, dans le service de mon maître, M. le docteur Bally. Elle avait une difficulté d'uriner causée par un rétrécissement de l'urèthre commençant à 4 ou 5 millim. au-dessus de l'orifice externe. Elle me dit que cette dysurie lui était venue à la suite d'une couche laborieuse qu'elle avait eue huit ans auparavant, et que cette infirmité n'avait toujours fait qu'augmenter jusqu'à présent. Elle n'avait jamais eu de blennorrhagie.

En peu de jours, je fis passer dans ce rétrécissement, qui était assez dur, des bougies de plus en plus volumineuses; mais une chose qui me surprit beaucoup, c'est que, dès le commencement du traitement, cette femme se plaignit d'une incontinence: elle perdait ses urines goutte à goutte et continuellement. Je pensais d'abord que le sphincter avait été relâché par la distension que lui faisait éprouver l'urine arrêtée par le rétrécissement, et qu'il ne tarderait pas à reprendre sa contractilité; mais il n'en fut rien, car, quelque temps après sa sortie, cette femme revint nous voir, affectée de la même infirmité.

J'espère que, ne faisant rien au rétrécissement, il sera revenu à son premier état et que la malade n'aura rien perdu à en être traitée; mais voici les réflexions que ce fait m'a suggérées :

1° Il est probable que, dans ce cas, l'urèthre, à partir du col de la vessie, aura été contus entre la symphyse du pubis et la tête de l'enfant, non pas assez pour se gangrener, comme cela n'a malheureusement lieu que trop souvent dans les accouchements longs et labo-

rieux, mais de manière seulement à s'enflammer et à subir les conséquences de cette inflammation, à dégénérer en tissu fibreux. Des auteurs, et particulièrement Hoffmann (*Oper. med.*, t. II) et Saucerotte (*Mém. de Chir.*, t. I), ont rapporté des exemples de fistules vésico-vaginales compliquées de rétrécissement et même d'oblitération de l'urèthre. On a attribué ces complications à ce que l'urine ne passait plus depuis longtemps par le canal naturel. Le fait que je viens de rapporter semble plutôt démontrer qu'elles tenaient à ce que l'urèthre avait participé au travail morbide qui avait produit la fistule, mais pas assez cependant pour se gangrener. Et, en effet, pourquoi n'en serait-il pas de même dans une foule d'autres cas où l'urine s'écoule en totalité et depuis longtemps par une fistule?

2° Comme il paraît que c'est particulièrement vers le col de la vessie et immédiatement au-dessus que la pression s'exerce en pareille circonstance, il sera fortement à craindre, lorsqu'on rencontrera des rétrécissements ayant une telle origine, que le constricteur du col ne participe à l'induration, à la dégénérescence fibreuse, et ne reste inapte à se contracter, si l'on vient à en opérer la dilatation. Je regrette bien de ne m'être pas enquis davantage sur la manière dont se faisait la miction avant que j'eusse dilaté le rétrécissement : ce qu'il y a de certain, c'est que cette femme ne se plaignait pas d'incontinence, et qu'elle parut plus tard regretter l'état où elle se trouvait en entrant à l'hôpital.

---

15. *Du choix d'un mode de traitement dans les cas graves d'affection calculeuse. — Accidents de la cystotomie sus-pubienne;* par le docteur Civiale.

(Bulletin général de Thérapeutique, août 1845.)

Il est encore certains calculeux qui, ne pouvant jouir des bienfaits de la lithotritie, doivent, ou garder leur pierre, ou se soumettre à la cystotomie. Ces cas méritent une attention d'autant plus sérieuse qu'ils sont généralement graves, compliqués, et que les ressources de la chirurgie, pour être appliquées d'une manière utile, exigent beaucoup de soins et de précautions.

La lithotritie devait subir plus d'une épreuve. Après des attaques directes, patentes et plus ou moins vives, après des appréciations souvent inexactes, parfois injustes, c'est à d'autres moyens qu'ont aujourd'hui recours ses antagonistes, ceux à qui elle a été pour ainsi dire imposée, et qui, par pudeur ou par position, se croient ou se trouvent obligés d'en parler, de la mettre en pratique, de la juger : ils en font une application aventureuse, et ne craignent même pas d'en abuser. Mais partout et toujours on voit sans peine que ce n'est point là une méthode de leur choix :

ils l'adoptent parce qu'ils ne peuvent faire autrement, parce que les malades la réclament, parce qu'un professeur à la Faculté ou chef de clinique ne peut pas paraître ignorer ce que tout le monde sait ; d'ailleurs, bon gré mal gré, il faut se montrer encyclopédiste : c'est la manie du jour.

L'art de broyer la pierre doit nécessairement souffrir d'une pareille disposition des esprits, même sous le point de vue de l'application ; aussi est-ce à peine si, dans nos hôpitaux, on en tente l'emploi sur le tiers des calculeux qui se présentent, et même, parmi ces cas peu nombreux, les résultats ne sont pas encourageants : c'est ce qui ressort d'un document présenté en 1842 à l'administration des hôpitaux, et dans lequel on lit que sur 111 calculeux admis, on n'est parvenu à en lithotritier que 38, tandis que sur 99 reçus dans mon service pendant le même laps de temps, 78 ont été traités par ma méthode. Les résultats de l'opération ne diffèrent pas moins : d'un côté, sur 38 opérés, on trouve 11 morts, et, de l'autre, il n'y a que 5 morts sur 78. Ce seul relevé constate un fait qui doit être noté, savoir, que le nombre des cas de pierre qui doivent être encore réservés à la taille n'a point été rigoureusement déterminé, et qu'il varie d'ailleurs suivant la manière de procéder à la lithotritie. En pesant et les résultats obtenus et les motifs que les chirurgiens de nos grands hôpitaux font valoir à l'appui de leur conduite, on voit que la lithotritie ne leur est pas connue, qu'ils y renoncent dans une foule de circonstances où elle pourrait être avantageuse, et que, soit par un mauvais emploi des moyens dont l'expérience a constaté l'efficacité, soit par la préférence qu'ils accordent trop souvent encore à d'autres moyens présentés à tort comme des perfectionnements, ils échouent ou font naître des accidents, des désordres qui discréditent l'art de broyer la pierre. Tous les étrangers qui visitent nos établissements de bienfaisance, et qui se mettent au courant des doctrines professées à la Faculté, sont unanimes sur ce point.

Quoi qu'il en soit, il n'en demeure pas moins établi que, même pour ceux qui échappent à l'influence de l'esprit systématique, et qui sont également versés dans la connaissance et l'application de tous les moyens dont l'art dispose aujourd'hui contre l'affection calculeuse, on rencontre un certain nombre de malades auxquels la lithotritie n'est point applicable ; de sorte qu'il faut, ou les soumettre à l'instrument tranchant, ou les abandonner aux suites inévitablement mortelles d'une maladie qui, au début, eût été guérie avec autant de facilité que de promptitude. Dans ces cas, spécialement chez l'adulte et le

vieillard, le praticien peut éprouver beaucoup d'embarras, soit qu'il s'agisse de prendre une détermination, soit qu'après qu'elle a été prise, l'opération offre des difficultés inattendues.

Faisons d'abord remarquer que, dans l'état présent des choses, la taille hypogastrique est dans la généralité des cas, chez l'adulte et le vieillard, le procédé qui vient le plus utilement en aide à la lithotritie, qu'il est même le seul au moyen duquel on puisse écarter certaines difficultés provenant soit du volume de la pierre, soit de lésions au col de la vessie. Ce sont là des faits connus, mais qu'on paraît oublier trop souvent. Il y a donc nécessité de les rappeler, et d'ajouter en même temps qu'eu égard à la taille hypogastrique, les opinions généralement professées ne sont pas irréprochables, tant sous le rapport de la manière de pratiquer cette opération, que sous celui des accidents qui peuvent survenir.

J'ai fait connaître, dès 1826, dans des mémoires présentés aux Académies des sciences et de médecine, la *Gazette méd.*, juin 1831, et le *Journ. des Conn. méd.*, août 1833, et aussi en 1836, dans le *Parallèle*, les résultats des recherches auxquelles je m'étais livré pour déterminer la valeur comparative et absolue de la cystotomie sus-pubienne. J'ai fait connaître également l'appareil instrumental et le procédé opératoire à l'aide desquels on peut exécuter cette opération avec le plus de sûreté. Je me bornerai donc ici à examiner quelques points de pratique.

Les instruments spéciaux sont la sonde à dard, l'aponévrotome et le gorgeret suspenseur ; les autres, sondes, seringue à injection, bistouris, tenettes Bouton, sont usités dans toutes les opérations cystotomiques.

Le procédé opératoire n'est pas moins simple que l'appareil instrumental. 1° On divise les téguments et les tissus sous-jacents sur la ligne médiane de la région hypogastrique, dans l'étendue de deux pouces et demi environ, de manière que l'incision finisse à la partie moyenne de l'éminence du pubis; 2° on divise la ligne blanche dans une étendue proportionnée au volume présumé de la pierre et à la hauteur à laquelle s'élève la vessie; 3° on ponctionne la vessie de dedans en dehors, au moyen du dard qui sert de conducteur au bistouri destiné à inciser le viscère parallèlement à la direction des fibres charnues de la face antérieure; 4° on soutient la vessie au moyen du crochet placé dans l'angle supérieur de l'incision, et on retire le dard; 5° on introduit des tenettes à mors plats et minces; on cherche la pierre, on la charge, on l'extrait. Toutes ces manœuvres, plus longues à décrire qu'à exécuter, sont faciles dans les cas ordi-

naires et lorsque l'opération est confiée à un praticien exercé. La simplicité de celle-ci et la position naturelle du malade, qui n'est ni attaché ni maintenu par des aides, font qu'elle n'inspire pas le même effroi que les divers procédés de la taille périnéale.

Quelques chirurgiens ont pensé que des instruments généralement usités dans cette opération étaient inutiles, et qu'on pouvait, par exemple, se passer de la sonde à dard. On ne comprend pas les motifs qui les ont portés à se priver d'un moyen qui dispense de tâtonnements pénibles et douloureux, qui permet de ponctionner la vessie au lieu d'élection, et qui offre un guide certain au bistouri pour la section des parois du viscère. On ne comprend pas mieux les inconvénients reprochés à la sonde à dard, et qui sont pour la plupart ou imaginaires ou du moins considérablement exagérés. J'étais dans cette pensée lorsque dernièrement vint s'offrir à moi l'un de ces cas dans lesquels la pierre remplissant toute la capacité de la vessie, il devenait difficile de placer une sonde à dard. C'était une fille de vingt ans, souffrante depuis sa naissance, et réduite à un état de maigreur voisin du marasme. La pierre avait trop de volume pour qu'on pût songer à la lithotritie; la cystotomie hypogastrique me parut devoir être appliquée. C'était la première fois que je pratiquais cette opération chez la femme. Toutes les précautions furent prises, et je la fis avec d'autant plus de confiance, qu'à part le volume de la pierre, le sujet se trouvait dans des conditions favorables, du moins quant à l'exécution de l'opération. Ayant éprouvé des difficultés pour introduire et placer la sonde à dard, je me décidai à inciser la vessie sur la pierre. Mais malgré le volume de celle-ci, et quoique je procédasse comme l'indiquent ceux qui font de cette manière d'agir un précepte général, il me fallut beaucoup de tâtonnements pour arriver à diviser les parois vésicales dans l'étendue nécessaire, et ensuite à placer le gorgeret suspenseur. Les inégalités du calcul, l'épaisseur des tissus à diviser, leur forte application sur le corps étranger, firent que l'incision ne fut ni aussi prompte ni aussi nette et régulière que si le bistouri eût glissé dans la cannelure de la sonde à dard. Après la section, les tissus restant appliqués avec force sur la pierre, j'eus beaucoup de peine à placer le suspensoir. Je n'hésite pas à le déclarer, les difficultés eussent été moins grandes, les douleurs moins longues et moins vives pour passer la sonde à dard, et je regrettai de ne l'avoir pas fait. Du reste, l'opération se termina comme à l'ordinaire, et le résultat fut très-heureux.

Ce fait m'a pleinement confirmé dans l'opinion qu'on a tort

de rejeter la sonde à dard, que c'est quitter une voie sûre et facile pour se jeter dans une autre où l'on rencontre à chaque instant des écueils, et prolonger inutilement la manœuvre et les douleurs de l'opération.

Toutefois il faut faire exception pour les cas dans lesquels l'introduction de la sonde à dard est absolument impossible; mais ces cas sont heureusement fort rares, et l'on doit alors s'attendre à des difficultés de plus d'un genre : on marche à tâtons, les préceptes de l'art ne peuvent être appliqués avec régularité, et l'on fait comme on peut, ainsi que le disait Dubois à l'occasion des accouchements laborieux.

Quant aux dangers qui peuvent naître de l'emploi de la sonde à dard, on paraît s'être fait illusion. On a dit, par exemple, qu'un cystotomiste très-exercé avait fait sortir le dard près de l'ombilic et que le malade était mort. Je ne connais pas le fait; mais, tel qu'on le présente, il ne prouve qu'une seule chose : c'est qu'une faute aurait été commise ; et certes on ne s'en prendra pas à l'instrument. Si l'on voulait rapporter à l'appareil instrumental ou au procédé tous les malheurs qui ont été observés en fait de cystotomie, la liste serait longue.

La circonstance la plus fâcheuse qui puisse se présenter dans la taille hypogastrique, c'est la lésion du péritoine, accident moins rare qu'on ne le dit, et aussi moins redoutable qu'on ne l'avait pensé. Cet accident s'est présenté dans la pratique des cystotomistes les plus habiles ; ce qui ne permet pas de douter qu'il est inhérent à l'opération, bien qu'il dépende quelquefois d'une mauvaise manière de procéder. Il a eu lieu deux fois dans ma pratique, et il a été fâcheux à l'un des malades, tandis que l'autre a guéri non moins promptement qu'après la plus simple opération. Quelques remarques à l'occasion de ces deux faits, dont l'un est déjà ancien, pourront être utiles aux jeunes chirurgiens : un praticien qui a fait ses preuves, et qui connaît ses devoirs vis à vis de la science et de l'humanité, ne doit pas craindre d'avouer des malheurs inséparables de l'exercice de la profession.

J'ai indiqué, dans le *Parallèle*, les hypothèses qu'on a imaginées pour expliquer la lésion du péritoine dans la taille hypogastrique. Avant l'invention de la sonde à dard, on mettait cet accident sur le compte de l'incertitude de la manœuvre ; aussi espéra-t-on l'éviter toujours dès que l'instrument du frère Côme fut connu. Plus tard, on revint à d'autres idées, et, comme je viens de le dire, il y a aujourd'hui des chirurgiens qui rejettent l'usage de la sonde à dard. Laissons de côté les hypothèses, et voyons ce que l'expérience nous apprend.

Il est constaté que certaines dispositions anatomiques rendent la lésion du péritoine pour ainsi dire inévitable. Ainsi j'ai trouvé, chez deux sujets, le sommet de la vessie tellement incliné vers l'un ou l'autre côté, qu'une incision sur la ligne blanche aurait conduit infailliblement dans la cavité abdominale. On croirait une telle disposition susceptible d'être reconnue avant l'opération ; mais, en pratique, la chose n'est pas facile : il faudrait pour cela que la vessie fût spacieuse et fît saillie à l'hypogastre ; mais il y a difficulté extrême, sinon même absolue, quand elle est racornie et presque entièrement occupée par la pierre. Ces déviations sont rares sans doute ; cependant je les ai rencontrées deux fois, et peut-être les aurais-je vues plus souvent si mon attention s'était portée de meilleure heure sur ce point.

On a encore signalé, comme cause inévitable de la lésion du péritoine, une disposition insolite de cette membrane séreuse, eu égard à la face antérieure de la vessie et à la face postérieure de la paroi abdominale. En effet, chez certains sujets, le péritoine descend plus bas que chez le commun des hommes ; dans quelques cas plus rares, il adhère soit au pubis, soit aux ouvertures inguinales, lorsqu'il existe des hernies anciennes, ainsi que je l'ai observé, et alors il devient très-difficile de pratiquer au-dessus de la symphyse pubienne, sans atteindre le sac péritonéal, une ouverture suffisante pour l'extraction de la pierre. Très-probablement l'accident dont il s'agit n'avait pas d'autre cause dans beaucoup de cas; on doit le redouter surtout lorsque la vessie, revenue sur elle-même, ne peut admettre qu'une petite quantité d'injection. Le chirurgien ne saurait prendre alors trop de précautions : d'abord il doit se servir d'une sonde à dard fortement recourbée, de telle sorte qu'en abaissant le pavillon de l'instrument son extrémité vésicale remonte derrière la symphyse pubienne à une très-petite distance de cette articulation ; ensuite il faut moins étendre vers le haut la division de la ligne blanche et ponctionner la vessie le plus près possible du col. Il est vrai qu'en procédant ainsi on n'obtient qu'une très-petite ouverture, à peine suffisante pour introduire le doigt ; mais dès que celui-ci est parvenu dans la vessie, et qu'il est placé de manière à former crochet, on exerce une légère traction en haut, qui tend et allonge la paroi vésicale, ce qui permet de prolonger davantage l'incision vers le col au moyen d'un bistouri droit boutonné. Toutefois il ne faudrait pas aller trop loin, car on pourrait intéresser le plexus veineux du col vésical et donner lieu à un écoulement considérable de sang, comme je l'ai vu une fois.

Dans plusieurs autres circonstances, le péritoine est lésé, soit

parce qu'on a prolongé trop haut la division de la ligne blanche, soit parce qu'on a ponctionné la vessie trop près de l'angle supérieur de la plaie. Mais, dans ces cas, qui sont peut-être les plus fréquents, l'accident est autant le fait du chirurgien que celui de la méthode.

Le péritoine peut aussi être lésé au moment où l'on place le suspenseur, surtout si le malade fait des efforts qui poussent les intestins vers le bas. Or, ces efforts sont considérables : plus d'une fois, sans doute, ils ont amené une sorte de déchirure de la membrane péritonéale à l'endroit où elle cesse d'être soutenue après l'incision de la ligne blanche. Le dernier cas de lésion du péritoine que j'ai observé était de ce genre : la division des tissus était achevée, le doigt était introduit dans la vessie, l'opération avait marché jusqu'alors de la manière la plus régulière ; mais au moment où l'on cherchait à placer le suspenseur, le malade fit des efforts inouïs, et l'on vit tout à coup l'intestin apparaître entre les lèvres de la plaie. La lésion eut lieu du côté gauche, point correspondant à la portion recourbée du crochet : au moment où on le faisait glisser le long du doigt pour le placer dans la vessie, la rupture se fit à un travers de doigt de l'angle supérieur de la plaie.

Sous quelque influence que se soit produite la lésion du péritoine dans la taille hypogastrique, on ne peut pas se dissimuler qu'elle constitue l'accident le plus grave, quant au résultat de l'opération. Le chirurgien a besoin alors de toute sa présence d'esprit ; il lui faut aussi des aides intelligents pour contenir les intestins, dont la sortie est sans cesse provoquée par les efforts du malade. Non-seulement ils s'introduisent entre les bords de la plaie et font saillie au dehors, mais encore ils pénètrent dans la cavité vésicale, où ils mettent obstacle à la préhension et à l'extraction de la pierre : on a même vu une portion d'intestin fixée entre le calcul et les tenettes. Il faut avoir été témoin, sinon acteur, dans une scène si affligeante, pour bien comprendre et les difficultés de la position et ce qu'elle exige de force d'âme.

Dès qu'on est parvenu à extraire la pierre, les efforts du malade cessent, et généralement on n'éprouve aucune difficulté à replacer les intestins, qui rarement font de nouveau irruption, soit qu'on rapproche les bords de la plaie à l'aide de bandelettes agglutinatives, soit qu'on ait recours à quelques points de suture. Ce qui doit surtout préoccuper alors, c'est d'empêcher l'urine de pénétrer dans la cavité abdominale. Heureusement on y parvient, dans le plus grand nombre des cas, au moyen d'une sonde convenablement placée dans l'urèthre ; mais il ne faut pas perdre

le malade de vue : tous ses mouvements doivent être surveillés. Il arrive quelquefois que du sang ou des mucosités obstruent la sonde et que l'urine cesse de couler. On comprend que la moindre négligence suffit pour amener des accidents formidables. Aussi le chirurgien agira-t-il prudemment en ne quittant pas son malade : c'est une précaution que je ne saurais trop recommander, surtout dans les premiers temps qui suivent l'opération. Au bout de quelques jours, ce danger cesse, alors même que les sensations pénibles causées par la sonde obligent de la retirer. Je m'en suis convaincu chez un de mes malades, et aussi chez d'autres dont j'ai suivi le traitement, soit pour mon instruction, soit à titre de consultant.

S'il arrivait, comme cela s'est vu malheureusement, qu'on ne parvînt pas, au moyen de la sonde, à détourner l'urine de la plaie, la vie du malade serait gravement compromise ; presque toujours alors les ressources de la chirurgie échouent : de ce nombre sont la suture et le placement d'une canule dans la plaie. On peut tenter ces moyens, mais je ne les ai jamais vus réussir.

IX. MALADIES SYPHILITIQUES.

16. *Recherches cliniques, faites à l'hôpital Saint-Lazare (maladies des femmes), sur les ulcérations du col de l'utérus, sur les chancres chroniques des parties génitales, les bubons, l'uréthrite, la vaginite*, etc. ; par J. Boys de Loury, chirurgien en chef de Saint-Lazare, et par H. Costilhes, D. M.

(Suite : *voir* t. 155, juillet 1845, p. 136.)

(Gazette médicale de Paris, Nos 25 et 27.)

Ulcérations linéaires (fissures du col).

Les ulcérations qui se présentent sous la forme de fissures et qui occupent les sillons qui sont le résultat des déchirures du col, à la suite d'avortement ou d'accouchement à terme, n'ont pas, selon nous, assez attiré l'attention des praticiens ; elles sont d'autant plus importantes à signaler, que, si on n'était pas prévenu de leur présence, elles échapperaient facilement aux investigations du spéculum. C'est ici le lieu de répéter encore combien il est important de savoir se servir de cet instrument, et quelle est la manœuvre qu'il faut employer pour mettre à découvert cette ulcération, dont le siége est dans l'intérieur de l'orifice utérin. Si, en examinant le col, on se contente de l'embrasser

avec les valves sans les écarter et sans refouler la portion du vagin qui entoure le col, l'orifice se présente alors petit, les lèvres accolées l'une à l'autre, et à moins que la rougeur ne s'étende sur les lèvres, il est impossible de se douter qu'une maladie y existe. Mais si, après avoir découvert le col, on écarte peu à peu, au moyen de la vis, les valves du spéculum en même temps qu'on enfonce graduellement l'instrument au fond du vagin, de manière que, au lieu de peser sur le col lui-même, l'extrémité des valves n'appuie que sur l'insertion du vagin au col, cette muqueuse ainsi tirée oblige le col à prendre non-seulement toute son extension, mais son orifice devient alors béant, et l'œil de l'observateur peut plonger à quelques millimètres dans cette cavité. C'est ainsi que nous avons maintes fois reconnu des ulcérations qui avaient échappé à des praticiens fort habiles.

On n'a guère rapporté la cause de cette ulcération à l'inflammation de la muqueuse de la cavité du col. Suivons-en le développement aussitôt après l'accouchement. Il est facile de comprendre qu'à la suite de la dilatation rapide qu'éprouve la muqueuse qui revêt l'intérieur du col, il se produise, dans l'immense majorité des cas, des érosions ou des éraillures de cette membrane. Ces lésions, dans beaucoup de circonstances, guérissent facilement ; mais si des débris de placenta, de membranes laissées dans la cavité utérine, viennent, par leur présence, irriter la muqueuse ; si même les lochies qui en sont suite entretiennent l'irritation, cette muqueuse deviendra le siége d'une vive inflammation, et son ulcération en sera la suite nécessaire. Elle commence d'abord entre les lèvres du col et dans la cavité même, puis elle se propage à la muqueuse externe du col.

Ainsi donc, toutes les fois qu'un accouchement ou un avortement aura été laborieux, on pourra presque affirmer d'avance que le col sera le siége d'une ulcération en forme de fissures.

Cette ulcération, en augmentant d'étendue, s'accompagne d'engorgement du col, et à mesure que l'ulcération gagne en profondeur, le col lui-même s'engorge de plus en plus. Cette affection est évidemment de nature inflammatoire ; car le col est douloureux au toucher, et il s'écoule par l'orifice un liquide mucoso-purulent assez abondant, résultat de la phlegmasie de la muqueuse du col. Quand on observe cette ulcération peu de jours après l'accouchement, le col volumineux physiologiquement est d'une couleur violacée très-prononcée.

Lorsque cette affection est portée à son summum d'intensité, elle est moins difficile à découvrir : le gonflement des lèvres du col les fait saillir en avant et s'écarter ; de sorte que l'ulcération

de l'intérieur du col se présente tout naturellement. Mais il est fâcheux d'attendre jusqu'à ce moment pour la reconnaître, parce qu'alors cette affection devient très-longue à guérir, au lieu que, si elle a été prise à temps, quelques cautérisations avec le nitrate d'argent, portées dans l'intérieur du col tous les cinq à six jours, accompagnées d'injections astringentes et du repos, en font justice en quelques semaines. Il faut prévenir la malade que ces cautérisations, quelque soin que l'on prenne et malgré le repos qu'on lui fait observer, sont fréquemment suivies d'un écoulement de sang quelquefois assez abondant. Ces hémorrhagies ne paraissent plus aux dernières cautérisations, en même temps que l'écoulement perd de son caractère purulent ou cède tout à fait; la rougeur qui n'existe plus autour de l'orifice utérin indique que l'affection a complètement cédé. Mais lorsque la maladie a gagné en profondeur, il devient bien plus difficile d'obtenir la guérison.

On ne peut pas toujours faire pénétrer dans l'intérieur du col les caustiques et atteindre la limite supérieure de la partie malade. Lorsque le col est devenu le siége de cette inflammation vive et profonde, nous employons les antiphlogistiques dès le début, puis les cautérisations légères de nitrate acide de mercure, nitrate d'argent; dans quelques cas où nous avons besoin de modifier énergiquement, nous employons le caustique de Vienne solidifié. Sous l'influence de ce médicament, qui semblerait augmenter l'inflammation et l'engorgement du col, l'on voit au contraire le mouvement fluxionnaire diminuer, ainsi que l'ulcération, mais d'une manière lente. Nous conseillons en même temps les bains et le décubitus horizontal.

Quand l'engorgement persiste malgré la guérison de l'ulcération, nous combattons l'engorgement par les moyens appropriés dont nous parlerons quand nous traiterons de cette maladie.

Ulcérations fongueuses, végétantes, du col de l'utérus.

Cette ulcération est fréquente chez les femmes qui ont fait des fausses couches ou qui ont eu un ou plusieurs enfants. Elle est rare, au contraire, chez celles qui n'ont pas eu d'enfants. Cette affection ne se forme jamais d'emblée, elle succède à une ulcération simple, bénigne du col, qui n'a été combattue par aucun traitement. On observe ici ce qui a lieu dans une plaie de toute autre région que l'on néglige. La surface ulcérée finit par se boursouffler et se transformer en bourgeons charnus; l'ulcération prend donc un aspect fongueux, végétant, qui tend à s'accroître, à envahir le pourtour du col et à augmenter en profondeur, si on ne lui

opposait un traitement énergique. L'aspect de cette ulcération a été quelquefois cause de méprises de la part des praticiens, qui lui ont cru plus de gravité et l'ont souvent confondue avec une dégénérescence variqueuse ou hématode ; l'erreur, dans ce cas, est d'autant plus facile que la surface de l'ulcère saigne à la moindre pression, que l'hémorrhagie peut même être abondante, et enfin qu'il s'y joint un engorgement général du col. Que cet engorgement soit consécutif à l'ulcération, ou, comme dans l'immense majorité des cas, que son origine remonte à un avortement ou à un accouchement à terme, qu'il y ait eu métrite générale ou métrite du col, ou enfin métrite interne, il n'en est pas moins vrai que cet engorgement, d'une couleur rouge, moins violacée cependant que celle qui accompagne les engorgements avec ulcération des femmes enceintes, vient encore compliquer la difficulté du diagnostic.

Cette maladie qui produit un écoulement mucoso-purulent plus ou moins abondant détermine ordinairement des pesanteurs à la région hypogastrique, des tiraillements dans les reins, ce que l'on conçoit facilement si on a égard à l'engorgement ; enfin, malgré les hémorrhagies ou au moins l'état saignant que nous avons noté, cette ulcération est en général peu douloureuse au toucher et est toujours accompagnée d'irrégularités dans la menstruation : les époques sont presque toujours avancées et abondantes; les femmes voient plusieurs fois dans le mois. Cette fréquence fatigue et tourmente beaucoup les malades. Plus rarement, il y a diminution dans les règles.

Nous avons vu cette affection atteindre plus particulièrement les femmes d'un tempérament mou et lymphatique, de 20 à 35 ans.

Si cette ulcération n'entraîne pas des accidents redoutables, il n'en est pas moins d'observation qu'elle est difficile et longue à guérir ; il n'est pas rare de voir des femmes traitées à Saint-Lazare pendant trois à quatre mois avant que cette ulcération soit complètement cicatrisée ; et encore ce n'est que depuis que nous employons une méthode énergique que la guérison se fait moins attendre.

Les caustiques dont on se sert le plus communément, le nitrate acide de mercure, à moins qu'il ne soit plus concentré que celui dont on se sert habituellement, et le crayon de nitrate d'argent, n'ont qu'une très-faible action dans cette forme d'ulcération. Mais le nitrate acide de mercure concentré aurait des inconvénients : d'abord, quelque soin que l'on prenne pour se servir d'un caustique liquide, il est difficile d'éviter toujours que les parois du vagin en soient atteintes, et l'on peut y déterminer

des érosions graves qui viendraient encore compliquer la maladie qu'on a à combattre; et enfin, si nous avons évité la salivation qu'on a observée dans quelques hôpitaux, c'est peut-être au peu de concentration de notre liquide que nous l'avons dû.

Il faut donc un caustique énergique, mais qui limite son action au lieu seul où on l'applique, qui puisse détruire les fongosités et se propager jusqu'aux parties saines, qui enfin fasse passer l'affection à l'état d'érosion simple. Le caustique de Vienne solidifié nous a donné tout le succès que nous pouvions espérer. Nous l'appliquons une ou deux fois au plus chaque semaine : cautériser plus souvent causerait de l'irritation, et il faut du reste donner à l'eschare le temps de se détacher. Quand la surface malade est modifiée, on remplace le caustique de Vienne par le crayon de nitrate d'argent ; en même temps les douleurs et les troubles fonctionnels s'apaisent et cessent complètement.

Comme adjuvant, nous avons eu beaucoup à nous louer des tampons enduits de substances médicamenteuses, l'onguent mercuriel double, par exemple. Nous entourons le tampon d'une très-petite couche de cette pommade ; elle est absorbée par la surface ulcérée qui est en contact avec elle, et le liquide sécrété par l'ulcère s'infiltre dans la charpie qui agit, dans ce cas, à la manière d'une éponge et empêche cette matière de séjourner à sa surface.

Quant aux injections, nous employons de préférence les décoctions de feuilles de noyer, les injections acéto-alunées, de ratanhia et l'eau blanche. Les malades prennent en outre deux bains par semaine et sont soumises à un régime doux et au repos.

Nous n'avons jamais pensé que les saignées répétées puissent être utiles dans cette affection, malgré la tendance hémorrhagique de l'ulcération; aussi nous ne les employons que rarement. Une seule saignée faite largement est quelquefois nécessaire lorsque la malade est jeune, phéthorique et mal réglée ; mais nous n'employons pas ce moyen contre la maladie elle-même, qui guérit parfaitement par les cautérisations et le mode de traitement que nous venons d'indiquer.

Observations d'ulcérations fongueuses, végétantes, du col de l'utérus.

1° *Ulcération large, végétante, fongueuse du col, saignant facilement, avec engorgement considérable, écoulement et obliquité du col à gauche.*

Obs. IV. — B... (Marie), 23 ans, d'un tempérament nerveux et lymphatique, est envoyée à Saint-Lazare le 17 juillet 1842.

Cette jeune femme a eu un enfant dans le courant du mois de janvier dernier. Depuis cette époque, elle a presque toujours souffert dans le bas-ventre qui est ordinairement ballonné. Le toucher et le spéculum déterminent une douleur assez vive. L'ulcération a près de 3 cent. de diamètre ; elle est comme boursouflée, avec un aspect fongueux et végétant, elle saigne au moindre contact. L'engorgement sur lequel elle repose a 4 cent. au moins de diamètre. Elle est accompagnée d'un écoulement blanchâtre, légèrement jaunâtre, très-abondant. L'utérus est un peu abaissé et son col est déjeté à gauche. (Tampon enduit d'onguent mercuriel, injection de feuilles de noyer et cautérisation, deux fois la semaine, avec le nitrate acide de mercure.) Les pansements sont faits régulièrement tous les jours. B... sort guérie de son ulcération le 15 novembre 1842, mais portant encore un engorgement du col assez considérable. La déviation du col est toujours la même ; nous avons employé les éponges préparées, que la malade, à cause de son indocilité, n'a pas gardées.

Rentrée, quatre mois plus tard, dans nos salles pour la même maladie, cette jeune femme fut soumise aux cautérisations avec le nitrate de mercure pendant cinq semaines ; mais, n'obtenant qu'une amélioration peu sensible dans l'état de l'ulcération, nous remplaçâmes le nitrate acide par le caustique Filhos dont nous nous servîmes une fois par semaine. Sous l'influence de ce traitement, l'ulcération se rétrécit et s'affaissa, prit bientôt un meilleur aspect ; l'écoulement diminua, l'engorgement perdit de son volume, et la malade sortit après sept semaines de traitement par ce nouvel agent thérapeuthique, aidé de bains et d'injections astringentes (décoction de ratanhia et feuilles de noyer).

2° *Ulcération très-large, boursoufflée, fongueuse, avec engorgement du col et écoulement très-abondant.*

Obs. V. — La nommée Joly (Maxence), âgée de 28 ans, entrée à Saint-Lazare, le 29 août, pour une affection du col de l'utérus ainsi que pour des chancres dont le siége est autour de l'urèthre et à la fourchette. Cette femme a eu un enfant il y a huit ans. A cette époque, elle est venue à Saint-Lazare pour se faire traiter d'une ulcération.

Il y a dix-huit mois environ, elle a fait, sans cause appréciable, une fausse couche de quatre mois. Sur un col considérablement engorgé, on constate, le jour de son entrée, une ulcération très-large qui occupe presque tout le museau de tanche ; elle est boursoufflée, végétante et fongueuse, laissant échapper du sang au moindre contact, et n'est point douloureuse au toucher. Des mé-

trorrhagies viennent abondamment deux ou trois fois par mois, et dans l'intervalle il existe un écoulement purulent très-abondant. La malade éprouve en outre des pesanteurs dans le bas-ventre et des tiraillements dans les lombes. Nous la soumettons à un traitement antisyphilitique par les pilules de proto-iodure, aux cautérisations avec le nitrate acide de mercure, le nitrate d'argent, l'acide chlorhydrique, et aux injections de feuilles de noyer ; elle est ainsi traitée jusqu'au 13 novembre. A cette époque, l'ulcération est toujours la même, l'écoulement toujours abondant, les hémorrhagies persistent ; nous essayons alors les cautérisations avec le caustique de Vienne solidifié. L'ulcération, après deux cautérisations, est moins boursoufflée, mais toujours fongueuse et saignante ; l'engorgement a peu diminué. Même traitement jusqu'au 12 décembre. Voulant combattre en même temps l'engorgement par des révulsifs cutanés, nous appliquons sur le sacrum un emplâtre de poix de Bourgogne saupoudré de 4 grammes de tartre stibié.

Dans les premiers jours de janvier, l'ulcération diminue de largeur et est moins boursoufflée ; l'engorgement a également sensiblement perdu de son volume. Le 25 janvier, cette femme n'était pas parfaitement guérie, mais l'un de nous a pu l'observer encore un mois après sa sortie de l'hôpital, et la perdit de vue au moment où elle était entièrement guérie.

Nous ne pensons pas qu'il soit nécessaire de donner un plus grand nombre d'observations d'ulcérations de nature fongueuse ; nous ferons seulement observer qu'en comparant les cas traités par le nitrate acide de mercure, l'acide chlorhydrique, etc., et ceux qui l'ont été par le caustique de Vienne solidifié, nous avons obtenu avec ce dernier agent d'excellents résultats. Ainsi, tandis qu'avec les caustiques liquides nos malades restaient à Saint-Lazare quatre, cinq et six mois, avec le caustique de Vienne elles n'ont resté en traitement que trois mois au plus. Nous terminerons ce chapitre par une remarque importante : c'est que les alcalis étant devenus solides, après avoir perdu toute l'humidité qu'ils contenaient, leur mode d'action est beaucoup plus prompt ; ils acquièrent la propriété de détruire rapidement, d'exciter et de changer le mode de vitalité des surfaces qu'ils touchent, tandis que les alcalis ordinaires réduisent en putrilage les muqueuses sur lesquelles on les applique.

Ulcération granulée du col.

Cette ulcération se place par ordre de fréquence à la suite des ulcérations fongueuses du col.

Cette affection, qui n'est pas un symptôme grave, ne donne le plus souvent lieu à aucune douleur, à moins qu'elle ne soit accompagnée d'engorgement; ce qui est rare, parce qu'elle se rencontre le plus ordinairement chez les multipares dont le col offre une certaine résistance aux causes qui tendraient à se développer.

Cette ulcération est caractérisée, au début, par de petits points granuleux semblables à ceux que l'on voit dans la conjonctivite granuleuse; ils sont à peine saillants, deviennent très-promptement confluents et s'ulcèrent. Ces petites granulations ne sont formées que par les cryptes muqueux dont la muqueuse du col est le siége.

Cette affection est en général superficielle, et elle est nettement circonscrite par une ligne circulaire qui tranche sur le reste du col qui est sain. Elle occupe le plus souvent les deux lèvres; cependant elle est parfois bornée à la lèvre supérieure ou à l'inférieure : elle est d'un rouge assez vif qui tranche avec la partie du col non ulcérée. Faisons observer que cette couleur n'a jamais, comme dans l'ulcère précédent, une nuance violette; mais son caractère primitif est d'offrir un aspect grenu. Cette ulcération saigne quelquefois quand on veut enlever le mucus transparent qui recouvre cette surface granulée. Ce liquide visqueux, qui enduit d'une manière régulière la surface ulcérée et s'infiltre entre chaque granulation, donne à cet ulcère une tout autre apparence avant que l'on ait détergé; c'est même un caractère auquel, de prime abord, on peut reconnaître ce genre d'affection. Lorsque l'on découvre, avec le spéculum, le col affecté d'ulcère granulé, il est recouvert d'un enduit opalin répandu également sur toute la surface ; ce qui lui donne une apparence lisse et unie. Cet enduit est peu épais, mais il adhère fortement, attaché qu'il est entre les granulations; on ne peut l'enlever qu'en s'y reprenant plusieurs fois avec les pinceaux de charpie, ou quelques injections poussées avec force. Alors l'ulcère se montre à nu, quelques points irrités par les tentatives qu'on a faites sont saignants ; et, nous le répétons, si on n'avait le soin d'absterger avec précaution le col de tout le liquide consistant dont il est enduit, on ne pourrait reconnaître cet aspect granulé et cette couleur rouge, caractères de ce genre d'ulcère.

Cette affection a ordinairement une assez longue durée; pourtant les femmes qui en sont atteintes ne dépassent guère un séjour de deux mois à St-Lazare.

Faut-il, ainsi que M. Gibert, regarder cette affection comme essentiellement inhérente au virus syphilitique et la considérer

comme une affection consécutive secondaire ? Nous ferons observer d'abord que nous avons rencontré ce genre d'ulcération chez de jeunes filles qui n'avaient encore présenté aucun symptôme syphilitique, et que si nous l'avons vu très-fréquemment à St-Lazare, il accompagnait aussi bien des accidents primitifs que des phénomènes secondaires; nous croyons même pouvoir signaler l'absence de cette affection accompagnant des syphilides qui, au reste, comme nous l'avons dit, sont peu fréquentes dans notre service. Enfin, nous ajouterons que, chez les malades atteintes de cette affection seule, nous n'avons pas cru devoir employer de traitement mercuriel, et que la guérison ne s'en est pas moins bien opérée, sans accidents consécutifs.

M. Gibert a préconisé comme topique, et avec succès, l'alcoolé tannique et la teinture alcoolique de noix de galle préparée par la méthode de déplacement, et la plupart de ses malades ont été soumises à un traitement mercuriel.

Pour nous, nous pensons qu'une cautérisation peu énergique est nécessaire. Aussi employons-nous la cautérisation avec la pierre infernale, qui, quoi qu'on en ait dit, nous a paru utile. Nous nous servons rarement, dans ce cas, du tamponnement quotidien ; nous donnons la préférence aux injections astringentes (feuilles de noyer, sous-acétate de plomb liquide) : le repos de l'organe, bien entendu, est indispensable, et nous conseillons, en pareil cas, un exercice modéré, un régime doux et des bains deux fois la semaine.

Observation d'ulcération granulée du col, avec engorgement.

Obs. VI. — Nicnitaine (Léontine), entrée à St-Lazare le 26 janvier 1842, a 19 ans ; elle est d'une bonne constitution. Cette malade vient à l'hôpital pour la première fois, et est accouchée depuis quelques mois seulement. Sur le col de l'utérus, qui est engorgé légèrement, nous constatons une ulcération granulée de 2 centimètres de diamètre, que nous n'avons reconnue que lorsque le liquide visqueux qui en recouvrait la surface a été bien enlevé. Les granulations sont alors bien manifestes, et la coloration générale de la surface malade est d'un rouge vif. (Injections d'eau de guimauve ; cautérisation deux fois la semaine avec le nitrate d'argent solide ; bains, etc.)

Dans le courant du mois de février, on remplace les injections émollientes par des astringents, et l'ulcération et l'engorgement diminuent sensiblement.

La malade sort complètement guérie le 1er avril 1843.

Ulcération syphilitique (*chancres sur le col de l'utérus*).

Le véritable chancre syphilitique primitif ayant son siége sur le col de l'utérus n'est pas une affection commune. Il a été confondu avec l'ulcération consécutive, c'est-à-dire succédant à des chancres sur les parties génitales. C'est ainsi que les descriptions de M. Duparcque se rapportent plutôt à des ulcérations syphilitiques secondaires ou même tertiaires, puisqu'elles s'accompagnent de douleurs ostéocopes. Voici en quels termes s'exprime cet auteur, dans son article *Chancres, ulcères syphilitiques, ulcères malins*, etc. : « Les ulcères chancreux s'étendent autant « en profondeur qu'en largeur, leurs bords sont taillés à pic, « leur fond est grisâtre ; ils déterminent un écoulement séro- « muqueux, puriforme, s'accompagnant toujours d'un engorge- « ment à leur base, et occasionnent des douleurs brûlantes, téré- « brantes et rongeantes, ou lancinantes. » Pour nous, le véritable chancre du col ne présente aucun de ces caractères, il ne détermine jamais les désordres dont parle M. Duparcque.

Les chancres du col sont très-rares, ainsi que l'ont déjà fait observer les syphilographes Cullerier et M. Ricord. Aussi est-ce tout au plus si chaque année, sur un nombre considérable de malades, nous observons 4 à 6 cas de chancres ou ulcérations syphilitiques du col. Presque toujours nous avons rencontré, en même temps, des chancres aux parties génitales externes.

Examinons comment débute cette ulcération. Il nous sera d'autant plus facile d'en exposer la description, que, dans la plupart des cas, nous avons vu cette affection naître et se développer sous nos yeux.

L'inflammation spécifique siége primitivement dans un ou deux follicules muqueux qu'on voit se tuméfier, s'ulcérer au sommet, et qui s'entourent d'*un cercle rouge*. Le petit ulcére ne tarde pas à s'agrandir, et quelques heures suffisent souvent pour voir ce changement s'opérer. Son fond est mis à nu : d'un rouge pâle qui est tranché par le bord frangé irrégulièrement et taillé à pic qui l'entoure, et dont la couleur est plus vive, il ne tarde pas à prendre un aspect grisâtre. Il a alors toute l'apparence et la forme des chancres des parties génitales externes.

Ces chancres isolés du col se présentent le plus ordinairement au pourtour de l'orifice. Nous avons vu sur la même lèvre un chancre de 1 centimètre et demi de diamètre. Il peut aussi se rencontrer sept à huits chancres sur le même col; c'est ce que nous avons observé l'année dernière. Ces chancres, une fois réunis, forment alors l'ulcération syphilitique du col. Sa forme est le plus sou-

vent irrégulière, ses bords sont moins taillés à pic que dans le chancre qui a précédé l'ulcère, mais environné d'un liséré rouge très-intense. Son aspect est toujours d'un gris-blanchâtre, et l'écoulement qu'elle produit est en général jaunâtre. Nous avons, dans quelques cas qui paraissaient obscurs, inoculé sur la cuisse de la malade le pus recueilli à la surface de l'ulcère, et nous avons constamment vu naître, au bout de peu de jours, la pustule caractéristique, que nous avons immédiatement arrêtée par la cautérisation.

Dans plusieurs cas, ainsi que nous l'avons dit, l'ulcération syphilitique prend l'aspect et la forme de l'ulcère diphthéritique. Nous avons vu la difficulté du diagnostic quand on ne l'observe pas à son début et que rien aux parties génitales ne peut faire soupçonner son caractère ; nous n'insisterons pas plus longtemps. Cependant, répétons-le encore ici : *l'ulcération syphilitique s'en distingue par son fond plus profond, ses bords plus décliquetés, et par le liséré rouge qui se montre constamment autour de la surface ulcérée*, et enfin par *sa marche plus rapide*.

Nous ferons remarquer que nous n'avons jamais observé de l'induration autour de l'ulcération : cela peut dépendre du peu de durée de l'affection. Cependant nous avons rencontré quelques cas qui ont résisté assez longtemps au traitement rationnel que nous leur opposions.

Cette affection dure en général d'un mois à cinq semaines; rarement elle se prolonge jusqu'à deux mois.

Dans aucun cas, nous n'avons noté l'engorgement dans les aines.

Le traitement que nous employons ordinairement consiste : 1° à faire faire un traitement antisyphilitique général; 2° à cautériser de bonne heure l'ulcération, afin d'enrayer sa marche. Les tampons d'onguent mercuriel, de vin aromatique plus tard, contribuent beaucoup à modifier cet ulcère : les caustiques dont nous nous servons sont le nitrate acide de mercure, le nitrate d'argent solidifié. Après chaque cautérisation, on laisse à demeure, pendant quelques heures, un tampon de charpie.

Quant aux topiques, on les renouvelle toutes les vingt-quatre heures, et on fait dans l'intervalle quelques injections astringentes, soit de feuilles de noyer, de sous-acétate de plomb liquide, de décoction de tan, de roses, de vin, etc.

Ulcération syphilitique du col de l'utérus ; inoculation ; bubon, suite de la pustule d'inoculation.

Obs. VII. — Devillers (Catherine), 23 ans, bien constituée,

entrée le 30 décembre 1842, porte sur le col de l'utérus un chancre très-irrégulier, à bords à pic, d'un aspect grisâtre, de près de 2 cent. de diamètre ; il est entouré d'un liséré rouge lie de vin. Cette grande irrégularité nous a fait supposer que dans l'origine il y a eu sur le col deux chancres qui en s'étendant ont fini par se réunir ; il existe en même temps un chancre à l'entrée du vagin à droite (une pilule de Sédillot, cautérisation avec le nitrate d'argent, injections de feuilles de noyer, pansement avec cérat mercuriel). Le jour de son entrée, nous inoculons le pus qui se trouve sur le chancre du col à la cuisse gauche de la malade : le lendemain, et surtout le surlendemain, une pustule caractéristique s'est développée, avec tuméfaction et rougeur des tissus environnants.

Le 1er janvier, nous cautérisons la pustule avec le nitrate acide de mercure, et faisons appliquer des cataplasmes, faire des frictions avec la pommade mercurielle autour de la pustule, et prendre tous les deux jours un grand bain.

Le 5, la tumeur s'abcède spontanément. (Même traitement.) La tuméfaction a presque disparu ; il ne reste plus que l'engorgement du tissu cellulaire environnant.

Le 7, l'engorgement a beaucoup diminué ; mais la plaie a pris un aspect violacé. (Pansements avec l'onguent mercuriel.)

Le 9, la plaie est douloureuse; la malade a vu ses règles qu'elle n'avait pas eues depuis six semaines.

A la même époque, il survint un gonflement au-dessous du ligament de Fallope, à la partie interne et supérieure de la cuisse (cataplasmes émollients, bains). Le bubon devient très-douloureux à la fin du mois de janvier et s'abcède spontanément, le jour même où nous devions donner issue au pus. Le col, que nous avons continué à traiter, comme nous l'avons dit, ne présente plus qu'une rougeur qui disparaît le 13 février.

Le 15 du même mois, le bubon est en voie de guérison, et la malade, après avoir été soumise à un traitement tonique, sort guérie le 2 mars 1843, ayant fait un séjour de 62 jours.

2° *Chancres nombreux sur le col de l'utérus.*

Obs VIII. — Cheron (Victoire), âgée de 18 ans, est envoyée à St-Lazare le 1er février pour deux larges chancres à l'entrée du vagin et sept chancres sur le col, d'une date très-récente ; ils sont tous taillés à pic, grisâtres. (Cautérisation avec la pierre de nitrate d'argent, 2 pilules de Sédillot.)

Le 6 février, les chancres se sont réunis de manière à former une ulcération irrégulière, présentant le même aspect des

chancres auxquels elle a succédé ; un liséré rouge assez vif la circonscrit. (Injections de feuilles de noyer, grands bains.)

Dans le courant du mois de février, il survint une rhagade à l'anus. (Mèche avec onguent napolitain.)

Les chancres des parties génitales sont guéris le 25 du même mois, tandis que l'ulcération chancreuse du col de l'utérus est dans le même état.

Le 1er mars, nous cautérisons l'ulcère avec le caustique de Vienne solidifié, et nous laissons à demeure un tampon de charpie sèche. Nous continuons ce traitement jusqu'au 17 avril, jour de sa sortie.

3° *Ulcération syphilitique du col; écoulement ; rhagade à l'anus.*

Obs. IX. — W... ff, Marie-Victoire, jeune fille russe, âgée de 18 ans, d'une belle constitution, entre à St-Lazare le 20 juin 1843. Examinée avec soin, nous constatons sur la lèvre postérieure du col une ulcération de forme mal circonscrite, de couleur grise blafarde, creusée surtout sur les bords. La surface ulcérée donne lieu à un écoulement jaunâtre abondant. L'anus est le siége d'une rhagade qui fait saillie au dehors de cette ouverture et que l'on excise peu de jours après son entrée. Nous remarquons, en outre, une uréthrite que nous traitons par le tannin. (2 pilules de proto-iodure, injections de feuilles de noyer, mèche avec cérat mercuriel, cautérisation deux fois par semaine avec le nitrate d'argent.)

L'ulcération ainsi traitée est guérie entièrement le 12 juillet. La malade n'a eu qu'une seule fois ses règles pendant son séjour à l'hôpital ; elle sort le 7 août, après 47 jours de traitement.

De l'ulcération du col de l'utérus pendant la grossesse.

Si les maladies du col de l'utérus out été, depuis plusieurs années, l'objet d'études sérieuses de la part de praticiens distingués; si l'attention a été portée sur les divers modes d'ulcération que cet organe présente; si peut-être on les a multipliés outre mesure, ou si l'on a attaché une importance exagérée à certaines formes, à certains aspects ; nous avons pourtant lieu de nous étonner qu'une circonstance qui doit influer beaucoup sur la forme des ulcérations et leur traitement, la *grossesse*, n'ait été nulle part examinée sous le point de vue que nous croyons devoir lui donner, et que l'un de nous a consigné dans sa thèse. L'ulcération du col qui a lieu pendant la grossesse est cependant d'une grande importance à connaître, non-seulement sous le rapport pathologique, mais comme thérapeutique ; et, disons-le

tout d'abord, si la plupart des praticiens sont d'avis qu'il faut respecter ces ulcérations et prendre garde d'amener des accidents par des cautérisations, l'observation nous a mis sur une voie tout opposée, puisque nous croyons, au contraire, éviter les avortements en traitant d'une manière différente les ulcérations de l'utérus pendant la grossesse. Nous pensons, en effet, que c'est à ces ulcérations que l'on doit attribuer, dans un grand nombre de cas, l'avortement observé si fréquemment chez les jeunes femmes, dans les grandes villes. Et si, dans les hôpitaux et dans la pratique particulière, on ne constate pas cette complication de la grossesse, on le doit à ce qu'on néglige de pratiquer le toucher, et surtout d'examiner au spéculum les femmes enceintes qui se plaignent de quelques phénomènes, du côté du ventre ou des parties génitales, qui pourraient éveiller l'attention du médecin. On évite généralement de voir au spéculum les femmes enceintes, dans la crainte d'un avortement. En agissant avec les précautions dont nous avons parlé pour l'introduction de cet instrument, nous n'avons jamais été témoins d'accidents : elle peut donc être faite, ne fût-ce que pour s'assurer de l'état de l'organe. Une femme enceinte qui éprouve des douleurs dans le bas-ventre, qui a un écoulement habituel d'un aspect jaunâtre très-abondant, chez laquelle enfin il y a des douleurs et de la pesanteur dans les lombes et dans les aines, cette personne, examinée au spéculum, offrira probablement les caractères d'une ulcération du col de l'utérus.

Cette affection est loin d'être rare : ainsi, à St-Lazare, dans le service de l'un de nous, il y a presque toujours trois à quatre femmes enceintes affectées d'ulcération. Outre les observations nombreuses que nous avons recueillies depuis trois à quatre ans, nous avons eu occasion d'en voir un certain nombre de cas en ville. En rappelant l'attention des accoucheurs et des médecins légistes (1) sur ce point, si peu connu et si important de l'art, nous avons cru faire une chose utile ; car il est ignoré de beaucoup de praticiens que la forme, la nature et le pronostic, etc., etc., des ulcérations du col sont tout à fait différents, suivant que la matrice est vide ou renferme le produit de la conception, et qu'on peut prévenir par un traitement énergique un avortement presque inévitable.

(1) Dans les cas, rares il est vrai, de condamnation à mort, où une femme se déclarerait enceinte, comme nous n'avons, jusqu'au quatrième mois, aucun caractère positif de grossesse, l'existence de l'ulcération caractéristique des femmes enceintes serait alors un signe précieux pour le médecin légiste. Il nous est arrivé plus d'une fois, en ville et à Saint-Lazare, d'annoncer à la femme que nous examinions qu'elle était enceinte, alors qu'elle ne le soupçonnait même pas.

Nous ne passerons pas en revue les causes si multipliées qui concourent à la production et au développement des ulcérations du col de l'utérus, mais bien celles qui paraissent avoir une influence directe sur l'affection dont nous nous occupons.

L'abus du coït est une cause fréquente et qui doit par conséquent figurer en première ligne; il peut déterminer d'emblée une ulcération du col chez les femmes enceintes, quel que soit le rang qu'elles occupent dans la société: aussi est-ce dans les premières années de cohabitation que l'on observe un plus grand nombre d'avortements, lorsque la copulation est trop répétée, ou surtout qu'il existe entre les organes génitaux des deux individus une grande disproportion qui, pendant l'acte, doit nécessairement heurter et contondre le col de l'utérus. Ajoutons à cela les plaisirs de toute espèce, les veilles, les émotions morales, etc., qui ont une influence si directe sur l'organe fécondant. Nous pensons aussi que l'ulcération succède à un avortement antérieur et précède la grossesse dans l'immense majorité des cas; nous avons été à même d'en observer plusieurs exemples.

Comment l'ulcération du col produit-elle l'avortement?

Nous pensons que cette ulcération qui tend sans cesse à prendre de l'extension en largeur ou en profondeur gagne insensiblement de dehors en dedans les couches profondes du col, et que l'irritation que cette phlegmasie produit, augmentée et entretenue par le coït et les causes que nous avons énumérées, sollicite les contractions de l'utérus qui finissent par expulser tôt ou tard le produit de conception. Quoi qu'il en soit, toujours est-il que c'est le plus ordinairement à la suite d'une cause occasionnelle, telle que chute, secousses, mouvements violents, émotions, que la fausse couche arrive. Quelquefois, cependant, elle se produit au moment où l'on s'y attend le moins. N'oublions pas de signaler que c'est *de deux mois et demi à cinq mois que l'avortement a lieu dans la plupart des cas.* Les malades qui ont été soumises à notre observation, âgées de 18 à 30 ans, étaient toutes d'un tempérament lymphatique nerveux.

Ces ulcérations, qui se présentent à peu près constamment avec les mêmes caractères et déterminent habituellement des douleurs dans la région hypogastrique, dans les lombes, dans les cuisses, la constipation, les pesanteurs au fondement, s'accompagnent toujours d'un engorgement du col qui varie suivant l'époque de la grossesse; nous avons observé qu'il est d'autant plus considérable que la grossesse est moins avancée. Ces ulcérations, de formes irrégulièrement circulaires, ont un aspect

fongueux et végétant, et sont couvertes de bourgeons charnus plus ou moins saillants, d'un rouge très-foncé, le plus souvent violacé. Nous verrons plus tard, quand nous parlerons du traitement, que ces ulcérations, en se modifiant, changent d'aspect. Leur étendue est très-variable ; elles ont souvent en largeur 2 à 3 centimètres de diamètre, et en profondeur 6 à 10 millimètres. L'ulcération commence primitivement sur le pourtour de l'orifice du col et gagne ensuite tout le museau de tanche. La portion saine du col présente, du reste, l'aspect violacé du col des femmes enceintes. Nous noterons en outre un écoulement toujours *blanc-jaunâtre*, *jamais verdâtre*, assez épais, toujours en rapport, quant à sa quantité, à l'étendue de l'ulcération. Ajoutons enfin que, par l'énorme tuméfaction du col, les bosselures, les anfractuosités qu'il présente, sa couleur rouge obscure, l'écoulement qui le recouvre, et par son état fongueux qui fait qu'il saigne au moindre contact, plus d'un médecin peut croire à une affection cancéreuse ; et dans le temps que son ablation était à l'ordre du jour, plusieurs médecins avaient proposé cette opération pour une femme de St-Lazare : l'un de nous (M. Boys de Loury) s'y était refusé, persuadé que cette femme était enceinte. Elle avorta effectivement à St-Lazare, six mois plus tard, et avec l'accouchement disparurent ces symptômes qui semblaient si alarmants.

Si nous passons maintenant aux phénomènes de l'avortement, nous ferons remarquer que, dans les premiers mois de la grossesse, l'œuf peut être expulsé sans douleur et sans une hémorrhagie remarquable ; le plus souvent cependant la femme se plaint, quelques jours auparavant, de douleurs dans les lombes, de pesanteurs dans le bas-ventre, et quelquefois même d'un poids insolite sur la partie inférieure du vagin, de malaise, de cardialgie, et éprouve enfin une hémorrhagie plus ou moins abondante. Dans quelques cas de grossesse avancée, on voit dès le début apparaître un peu de sang suivi d'un écoulement de sérosité sanguinolente ; puis, quelque temps avant l'avortement, une forte hémorrhagie se déclare, ce qui s'explique facilement quand on se rappelle la grande quantité de vaisseaux dilatés dont est entouré le col.

Cette affection est toujours de longue durée, bien plus que celle des ulcérations simples du col pendant l'état de vacuité de l'utérus. Avant le nouveau mode de traitement dont nous nous servons maintenant dans cette complication de la grossesse, nous pensons que, dans un grand nombre de cas, ces ulcérations n'étaient guérissables que lorsque la femme était accouchée. La grossesse est-elle de deux à quatre mois, et l'ulcération peu éten-

due, la maladie marche encore, quoique lentement, vers la cicatrisation. La grossesse est-elle de cinq à huit mois, l'ulcération se modifie très-lentement ou reste stationnaire, et la femme accouche prématurément si elle ne subit pas un traitement convenable.

Le pronostic est grave, en ce sens que très-souvent les femmes avortent ou accouchent avant le terme de leur grossesse ; l'ulcération se cicatrise lentement à cause de l'absence du tissu cellulaire et est entretenue par l'afflux des liquides dont le col est infiltré, et qui opposent sans cesse un obstacle à la formation du tissu cicatriciel. Ajoutons encore les divers changements qui s'opèrent dans le col pendant les derniers temps de la grossesse. Cependant nous allons voir que l'emploi du caustique de Vienne solidifié nous a donné des résultats satisfaisants. Ainsi nous avons observé, à St-Lazare, une femme de la campagne, âgée de 29 ans, enceinte, lors de son entrée, de deux mois, et portant sur le col une large ulcération. Cette femme, l'année précédente, avait avorté à deux mois et demi. Elle sortit de nos salles parfaitement guérie après un séjour de trois mois, étant alors enceinte de cinq mois, et après avoir éprouvé, à l'époque où elle avait fait une fausse couche l'année auparavant, tous les symptômes d'un accouchement prématuré, qui disparurent grâce au mode de traitement auquel elle fut soumise.

Changer le mode de vitalité de la surface altérée et favoriser sa cicatrisation, telles sont les indications que présentent ces ulcérations.

Nous n'avons jamais eu besoin de calmer préalablement l'inflammation ; il semble que cette affection naisse avec un caractère chronique ; aussi employons-nous de suite les caustiques les plus énergiques. Un seul, le caustique de Vienne solidifié, d'après le procédé du docteur Filhos, nous a fourni des résultats que nous n'osions espérer. M. Filhos, dans son opuscule sur l'emploi des caustiques dans les maladies du col de l'utérus, ayant passé sous silence les effets physiologiques de cet agent, nous en dirons quelques mots.

Lorsque le caustique touche l'ulcération, celle-ci change aussitôt d'aspect, devient d'un rouge foncé, puis passe au rouge-brun. Cet effet est constant sur toutes les surfaces ulcérées quelles qu'elles soient ; et sur celles qui ne le sont pas (les végétations du col, par exemple), au lieu de les rougir, le caustique les blanchit. En même temps, la malade éprouve quelquefois un picotement plus ou moins marqué, selon l'étendue de la surface ulcérée, qui dure de quelques minutes à un quart d'heure.

Cette sensation peut se prolonger jusque dans les aines.

Le cylindre caustique destiné à l'opération doit être recouvert d'une couche mince de cire à modeler, afin qu'il soit à l'abri du contact de l'air ; il ne doit être que peu découvert à l'une de ses extrémités. On peut encore le conserver en l'enfermant, l'ouverture en bas, dans des tubes de verre épais ou de cristal, bouchés soit en liége, soit à l'émeri, et garnis au fond d'un lit de 1 à 2 centimètres de chaux vive en pondre, destinée à maintenir toujours à l'état sec la surface du caustique. Pour se servir de ce caustique, on en découvre la longueur que l'on désire : si déjà il avait servi et que la portion mise à nu se fût recouverte d'une légère couche de sous-carbonate de chaux, il serait nécessaire de l'enlever avec un grattoir. On peut, au besoin, rendre plus active l'action du caustique en le trempant légèrement dans de l'alcool ou de l'eau-de-vie, etc. Après la cautérisation, on essuie avec soin le cylindre. Voici comment nous l'employons à Saint-Lazare : Après avoir nettoyé la partie malade, c'est-à-dire après avoir enlevé, au moyen d'un pinceau de charpie, les mucosités purulentes qui la recouvrent, nous touchons légèrement la surface ulcérée, si l'ulcération est peu étendue ; puis immédiatement après nous mettons à demeure un tampon de charpie de consistance molle. Ces tampons, de forme conique, appliqués par leur base sur le col, essuient la portion du caustique qui se trouve sur l'eschare et garantissent ainsi la partie supérieure du vagin. Ces bourdonnets ont encore l'avantage d'absorber plus tard les produits de la sécrétion déposés autour de l'eschare ; il faut les retirer au bout de douze heures environ et faire ensuite des injections astringentes : sans cette précaution, le contact des liquides sécrétés, retenus trop longtemps, pourrait exercer sur l'organe malade une influence fâcheuse. L'ulcération est-elle plus considérable, plus profonde, nous maintenons plus longtemps le caustique sur la partie affectée, afin de modifier sa surface profonde. Sous l'influence de ce traitement employé deux, trois fois par semaine, et de la même manière, nous voyons bientôt l'ulcération changer d'aspect ; de violacée elle passe au rouge-brun, puis au rouge presque vermeil ; ses bourgeons charnus et végétants s'affaissent et répandent moins de sang quand on les touche ; l'écoulement devient de moins en moins abondant, et aussitôt que l'ulcère a pris un bel aspect, nous remplaçons le caustique par le crayon de nitrate d'argent, et souvent nous n'avons plus besoin d'y revenir.

Comme adjuvant, nous prescrivons trois fois par jour des injections, soit avec une décoction de feuilles de noyer, 12 gr.

pour 1,000 gr. ou 500 gr. d'eau, que l'on remplace ensuite par les injections acéto-alunées (vinaigre pharmaceutique, 125 gr.; alun, 30 gr.; eau, 1,000 gr.), soit avec une décoction de ratanhia, de tannin, ou une solution de sous-acétate de plomb; quelquefois, mais rarement, une saignée du bras de 125 à 250 gr. Les malades prennent, en outre, encore deux bains par semaine.

Si une femme enceinte était atteinte d'une ulcération de nature syphilitique, nous pensons que la maladie résisterait au traitement local ci-dessus indiqué et qu'il faudrait soumettre la malade à un traitement antisyphilitique. Nous n'hésiterions pas, dans ce cas, à lui administrer les mercuriaux (pilules de proto-iodure ou de Sédillot), bien entendu avec toutes les précautions convenables.

Avant nos essais pratiques sur le caustique de Vienne solidifié, nous avions employé sans succès, dans les mêmes circonstances, le nitrate acide de mercure, qui n'a, comme la plupart des caustiques liquides, qu'une action très-bornée. On sait que ce fluide agit plutôt à la manière de la créosote que comme caustique, en coagulant l'albumine qui forme une follicule blanche sur les surfaces ulcérées.

Nous allons voir, dans les observations qui suivent, que les ulcérations du col chez les femmes enceintes ont parfaitement guéri par l'usage du caustique de Vienne solidifié; tandis que toutes celles qui ont été précédemment traitées par d'autres moyens, ou bien avaient avorté, ou bien leur état restait stationnaire, et ces femmes n'avaient guéri qu'après l'accouchement

1° *Observation d'ulcération du col de l'utérus chez une femme enceinte; cautérisation avec le nitrate acide de mercure, le nitrate d'argent; avortement.*

Obs. X. — Amiard, Laurence, âgée de 17 ans, d'un tempérament lymphatique, nerveux, entre à Saint-Lazare, le 10 octobre 1842, pour une ulcération du col d'un rouge-brun, de 2 centimètres de diamètre, qui n'est pas encore précisément fongueuse, avec un engorgement médiocre du col de l'utérus. Cette jeune fille n'a pas vu ses règles depuis trois mois et demi; elle a eu un enfant il y a dix-huit mois. Depuis son entrée jusqu'au 20 novembre, nous cautérisons le col une ou deux fois la semaine, soit avec le nitrate acide de mercure, soit avec le nitrate d'argent; la malade fait des injections avec la décoction de ratanhia. Dans cet intervalle, l'ulcération devient plus fongueuse et prend la teinte violacée caractéristique : en même temps il apparaît un écoulement blanc-jaunâtre. Vers le 25 du même mois, elle est

prise de douleurs vives dans les lombes, dans le ventre, qui s'accompagnent de symptômes fébriles, et bientôt elle accouche d'un fœtus de quatre mois environ. Huit jours après sa fausse couche, nous constatons au spéculum une diminution notable du diamètre de l'ulcère; le col est moins engorgé, les bords des lèvres sont seuls ulcérés, Amiard sort guérie le 14 décembre, après un séjour de cinquante-six jours.

L'observation suivante, que l'un de nous a recueillie tout récemment en ville, n'est pas moins intéressante.

2° *Ulcération du col des femmes enceintes. Cautérisation avec le nitrate d'argent; avortement.*

Obs. XI. — Madame B..., femme de confiance, âgée de 33 ans, d'une constitution lymphatique, mère de deux enfants, n'a pas ses règles depuis trois mois, et rien ne la porte à croire qu'elle est enceinte. Cette dame n'a jamais fait de fausses couches; mais elle se plaint, depuis deux mois, d'un écoulement abondant qui l'inquiète beaucoup. C'est alors qu'elle nous fait appeler, et nous constatons d'abord que la chemise est tachée par un écoulement blanc-jaunâtre et que, sur le col de l'utérus, il existe une ulcération de 1 centimètre et demi de diamètre, végétante et fongueuse, de couleur violacée, saignant avec la plus grande facilité : le bord des lèvres est très-mou. Nous annonçons à cette dame qu'elle est enceinte : du reste, elle n'éprouve aucune douleur. Nous cautérisons une fois par semaine avec le nitrate d'argent et nous conseillons des injections froides de feuilles de noyer très-concentrées. Deux ou trois fois la semaine paraît un écoulement sanguin qui ne fatigue nullement la malade, lorsque le 15 août, au moment où nous devions cautériser l'ulcération avec le caustique Filhos, elle est prise de douleurs semblables à celles de l'accouchement, et après avoir perdu, pendant trois jours, une assez grande quantité de sang, elle accouche d'un fœtus de près de quatre mois.

3° *Observation d'ulcération du col pendant la grossesse; cautérisation avec le caustique Filhos; guérison.*

Obs. XII. — Lejeune (Louise), âgée de 29 ans, domestique, enceinte de deux mois, est entrée à Saint-Lazare le 28 février 1843. Cette femme, d'un tempérament lymphatico-nerveux, a eu un enfant il y a un an; elle a fait une fausse couche il y a cinq mois, sans cause connue : elle était enceinte de deux mois et demi. Il existe sur le col de l'utérus une ulcération d'un aspect fongueux et végétante, de 2 centim. de diamètre; elle est violacée et s'accompagne d'un engorgement considérable du col.

L'écoulement est blanc-jaunâtre, assez abondant. Elle éprouve presque constamment des douleurs dans le bas-ventre.

Le 1er mars, nous cautérisâmes une fois par semaine avec le caustique de Vienne solidifié, et nous pansons tous les jours l'ulcère avec des tampons enduits de pommade mercurielle double ; elle fait trois fois par jour des injections de feuilles de noyer.

Le 27 mars, l'ulcération est moins violacée ; les fongosités s'aplatissent.

Le 1er avril, nous cautérisons simplement avec le crayon de nitrate d'argent.

Le 6, il n'y a plus de bourgeons végétants ; nous cautérisons de temps en temps avec le nitrate d'argent, et nous continuons les pansements fixes et réguliers jusqu'au 15 mai, jour de sa sortie. Le col est rouge dans l'endroit où il était ulcéré. Les douleurs ont complètement disparu.

4° Observation d'ulcération du col pendant la grossesse, guérie par l'usage du caustique de Vienne solidifié.

Obs. XIII. — Une jeune femme anglaise de 21 ans, à Paris depuis quelques mois seulement, d'une bonne et belle constitution, entra à Saint-Lazare le 2 décembre 1842, enceinte de quatre mois : c'est sa première grossesse ; elle n'a jamais eu de maladies syphilitiques. Nous constatâmes au toucher que le col de l'utérus est large, ulcéré, sanguinolent, et qu'il existe en même temps un engorgement du col assez considérable : le toucher est douloureux ; elle souffre habituellement dans le bas-ventre. L'examen au spéculum permet de voir une ulcération du col de nature fongueuse et végétante, de 3 centim., ayant un aspect violacé. Il s'écoule par les parties un liquide blanc-jaunâtre très-abondant. (Injection de feuilles de noyer, cautérisation deux fois par semaine avec le proto-nitrate acide de mercure, bain simple.)

L'ulcération reste stationnaire jusqu'au 6 mars, époque à laquelle nous soumettons la malade au traitement suivant : cautérisation une fois par semaine avec le caustique de Vienne solidifié, et injections acéto-alunées trois fois par jour.

Après quelques jours de cette médication, l'ulcération se modifie, change d'aspect, prend une couleur rougeâtre ; bientôt elle diminue d'étendue et ne répand plus de sang. Les douleurs du bas-ventre sont à peu près nulles. La malade est sur le point de sortir guérie à la fin d'avril, lorsque, le 1er mai, elle accouche d'un enfant à terme parfaitement bien portant.

L'accouchement fut long, mais heureux. L'ulcération, après

les couches, reparaît : les lèvres du col sont ulcérées, légèrement fongueuses sur les bords ; mais après quelques injections qui furent d'abord émollientes, puis astringentes, elle sortit guérie le 3 juillet 1843.

— Nous ne multiplierons pas davantage nos observations d'ulcérations du col qui compliquent la grossesse. Qu'il nous suffise de dire que tous les cas que nous avons eu à traiter dans les premiers mois de la conception ont été constamment guéris à l'aide du caustique de Vienne solidifié.

M. le docteur Duparcque, dans un rapport bienveillant qu'il a lu à la Société de médecine, sur la thèse de l'un de nous, a fait plusieurs objections auxquelles nous croyons devoir répondre. (Voir la *Revue médicale*, septembre 1844, p. 34.)

Nous ferons d'abord une remarque générale : c'est que presque toutes les femmes enceintes que nous avons observées à Saint-Lazare n'étaient point des filles publiques ; presque toutes étaient des femmes de la campagne, qui n'avaient aucun symptôme de maladies syphilitiques et qui même n'en avaient jamais eu, comme paraît le croire M. Duparcque, porté qu'il est à cette idée d'après notre position spéciale à Saint-Lazare.

Quelle est la fréquence, à Saint-Lazare, des ulcérations du col chez les femmes enceintes ? Quelle est leur proportion, eu égard aux femmes enceintes qui y ont été admises ?

Cette assertion aurait dû être basée sur des chiffres. C'est ce qui n'a pas été fait dans notre thèse. Nous ferons observer toutefois que les femmes enceintes sont peu nombreuses, relativement aux autres femmes qui y sont reçues. Nous ferons encore remarquer que la proportion des ulcérations du col, par rapport au nombre des femmes, est environ comme *huit est à un*.

Quant à l'écoulement *blanc-jaunâtre*, M. Duparcque pense qu'il ne présente rien qui soit particulier aux ulcérations compliquant la grossesse. Nous pensons, au contraire, qu'*à ce seul symptôme*, qu'on ne retrouve pas dans d'autres affections simples du col, on peut diagnostiquer l'état de grossesse, lors même que cet écoulement ne s'accompagnerait pas de douleurs de bas-ventre ; car cet écoulement *blanc*, plutôt *jaunâtre* que *verdâtre*, tient à ce que les mucosités, sécrétées en si grande abondance pendant la gestation, et dont la couleur est blanc de lait, se mêlant au muco-pus sécrété par l'ulcération du col, qui a une couleur verdâtre, rendent cette dernière couleur plus claire et lui donnent ce ton jaune que nous avons noté.

On doit, nous le pensons, se méfier de ces écoulements qui

accompagnent la grossesse; et malgré les idées généralement contraires à cette proposition, peut-être serait-il bien d'examiner avec précaution les femmes qui présentent cet état : ce serait le seul moyen d'éviter quelques avortements.

Si nous n'avons pas parlé de la syphilis comme cause, c'est que nous n'avons jamais eu occasion d'observer son influence. La présence de pustules, de végétations, l'onguent mercuriel en pansement, ne sont pas des motifs suffisants pour soupçonner chez ces malades l'existence d'un virus syphilitique, parce que l'on se sert d'un pansement mercuriel. Les pustules plates des grandes lèvres ne sont-elles pas un symptôme primitif ? Quant aux végétations, elles sont plutôt produites par la malpropreté que par le vice vénérien.

M. Duparcque nous reproche, avec raison, de n'avoir pas remarqué si le nombre des femmes ayant des ulcérations, et qui avortent à St-Lazare, est plus considérable que celui des femmes qui ne présentent pas cette complication. Nous répondrons que les femmes qui avortent et qui n'ont pas d'ulcération sont l'exception, les autres la règle, et que c'est à l'ulcération et aux causes déterminantes que nous avons énumérées plus haut qu'est dû cet accident. En ville, où certaines causes (le coït répété, par exemple) ne se rencontrent pas, nous avons pu faire la même remarque.

Relativement aux indications thérapeutiques, M. Duparcque pense que notre préférence pour le caustique de Vienne n'est pas assez motivée par les faits, et que le nitrate d'argent et le nitrate acide de mercure suffisaient non-seulement pour cicatriser l'ulcère, mais ne produisaient aucun accident fâcheux. Nous répéterons ici ce que l'un de nous a déjà dit à la Société de médecine, à l'occasion du rapport de M. Duparcque. L'ulcère fongueux des femmes enceintes est trop étendu et surtout trop profond pour que des cautérisations légères soient capables de le cicatriser. En y revenant fréquemment, on détermine sur l'organe une irritation qui, en appelant peu à peu l'afflux du sang, le congestionne et peut être regardé comme la cause des avortements dont nous étions témoins très-souvent avant d'employer un caustique énergique. Il s'agit ici de réprimer le plus promptement possible une affection qui ne guérirait pas, abandonnée à elle-même, tant que la malade serait en état de gestation, et qui est sans doute cause de plus d'un avortement. Il n'y a qu'un caustique puissant qui soit capable d'arrêter les progrès de l'ulcération, et, de tous, nous préférons le caustique de Vienne, non pas que nous le croyions spécifique, mais parce que, de tous les caustiques éner-

giques, c'est le plus commode à employer et dont l'action profonde se limite le mieux. *(La suite à un prochain numéro.)*

XII. GÉNÉRALITÉS.

17. *Note sur le commerce des sangsues et sur les fraudes nuisibles pratiquées dans la vente de ces annélides*; par M. CHEVALLIER, chimiste, membre de l'Académie royale de médecine de Paris et du Conseil de salubrité.

(Suite : voir t. 155, juillet 1845, p. 154.)

(Annales d'Hygiène publique, juillet 1845.)

Des sangsues qui ont servi aux malades, qui sont dégorgées et qui sont vendues pour servir de nouveau. — Le prix élevé des sangsues, l'emploi qu'on a fait des sangsues dégorgées dans les hôpitaux, ont donné l'idée à plusieurs industriels de recueillir les sangsues qui ont servi, pour les dégorger et pour les vendre après ce dégorgement. Pour arriver à se procurer ces sangsues, ces individus ont établi à Paris des dépôts où l'on reprend les sangsues qui ont servi, pour le prix de 5 centimes la pièce : ces dépôts sont indiqués au public par des affiches portant, les unes, les mots suivants : *Ici on achète les sangsues pleines qui ont servi*; les autres : *on achète ici au prix de 5 centimes les sangsues qui ont servi* (1). On a pu voir de ces affiches rue Saint-André-des-Arts, rue Neuve-Saint-Jean, rue Montgolfier, marché Saint-Martin, place Saint-Eustache, etc. On nous a assuré que dans ces dix-sept dépôts ces sangsues étaient recueillies, dégorgées, puis livrées à des colporteurs qui vont les offrir aux débitants, en ayant le soin de cacher l'origine de ces sangsues. Un pharmacien nous a déclaré, dans notre cabinet, qu'il lui avait été offert des sangsues ayant cette origine, sangsues qu'il refusa comme on peut bien le penser.

Les sangsues qui ont servi peuvent-elles être employées après avoir été dégorgées. — On sait qu'on trouve dans un grand nombre d'ouvrages des procédés pour opérer le dégorgement des sangsues, on sait en outre :

1° Qu'un médecin qui a gardé l'anonyme avait écrit, en 1821, à l'administration des hôpitaux, une lettre dans laquelle il était

(1) Depuis la rédaction de ce mémoire, l'autorité ayant fait défendre ces affiches, on a substitué à l'annonce : *ici on achète les sangsues qui ont servi*, la suivante : *ici on achète les sangsues*. C'est, selon moi, se jouer de l'autorité.

dit *que les sangsues peuvent servir jusqu'à trois fois en les faisant dégorger avec quelque soin, et qu'il y avait une économie réelle à ne pas négliger cette pratique.*

2° Que le rapport fait sur cette lettre repoussa ce mode de faire, qui depuis a été, dit-on, mis en pratique dans quelques circonstances.

Nous nous demanderons si l'on doit faire servir les sangsues dégorgées une seconde fois et s'il n'y a pas danger pour la santé publique dans cet emploi? Nous n'oserions pas résoudre cette question : nous pensons qu'on pourrait *dans une famille, où tous les membres se connaissent*, faire usage de sangsues dégorgées et qui auraient été appliquées à l'une des personnes de cette famille; mais nous repoussons l'idée de faire servir des sangsues qui auraient été une première fois appliquées, et appliquées à une personne que l'on ne connaît pas, car l'on ne sait ce qui peut en résulter.

Voici à cet égard des réflexions qui pourront être examinées, et qui aideront peut-être à se faire une opinion sur une question qui a, ce me semble, de l'importance.

On trouve dans les *Lettres alsaeienncs*, lettre cinquième, le passage suivant :

« Les sangsues ne peuvent servir qu'une fois, quoique souvent « on les fasse dégorger au moyen du sel ou d'autres substances; « mais c'est là une dégoûtante et pernicieuse habitude dont je « ne saurais trop signaler le danger. En effet, les sangsues pour- « ront conserver du sang des mois entiers sans qu'il se corrompe; « elles peuvent inoculer une maladie, et c'est là, peut-être, ce « qui contribue à la grande mortalité qui se montre dans quel- « ques établissements où malgré les règlements et les plus sé- « vères défenses on fait servir les sangsues plusieurs fois. »

On nous dira peut-être que, dans les *Lettres alsaciennes*, les notions qui s'y trouvent insérées sur les sangsues l'ont été sous l'inspiration d'un marchand de sangsues et pour donner de la vogue à cette industrie qui a fait d'immenses bénéfices, qui deviendraient beaucoup moins considérables si l'on faisait servir les sangsues un plus ou moins grand nombre de fois. On peut répondre qu'il y a bien là-dessous un peu du marchand, mais qu'il y a aussi de la vérité, qu'on doit accueillir la vérité, même quand elle serait révélée par des personnes intéressées à cette révélation.

On trouve dans le *Journal de Pharmacie*, 1822, p. 32, un article de notre collègue, M. Virey, dans lequel il est dit, à propos des sangsues qui ont servi :

1° « Les sangsues, une fois gorgées de sang, mettent beau-
« coup de mois à digérer cet aliment. La plupart périssent pen-
« dant ce temps, parce qu'elles rendent alors beaucoup de mu-
« cosités putrides qui corrompent bientôt l'eau où on les met,
« en été surtout, quelque soin que l'on prenne de la renouveler
« souvent. On n'a donc presque aucune chance de les conserver,
« à moins de les jeter dans une eau courante.

2° « Sans prétendre qu'elles tirent un sang gâté et corrompu,
« comme on le croyait jadis, ce sang, si longtemps non digéré
« dans ces animaux, ne rend pas leurs morsures aussi saines que
« le sont celles des sangsues affamées des ruisseaux. Les malades
« ne répugneraient-ils pas, en effet, à se servir de sangsues
« qu'ils sauraient ou soupçonneraient avoir été gorgées d'un
« sang hémorrhoïdal, ou appliquées autour d'un ulcère variqueux,
« ou sur un malade affecté d'une fièvre maligne et putride ? Ja-
« mais un pharmacien honnête n'a fait servir de nouveau des
« sangsues employées une première fois (1). »

On trouve dans le *Dictionnaire des Dictionnaires de Médecine*, ouvrage qui doit être consulté par tous les praticiens, le passage suivant (Voy. le t. VII, p. 148) :

« Les sangsues peuvent-elles transmettre les maladies con-
« tagieuses ? On rapporte des cas de syphilis communiquée par
« des sangsues qui avaient précédemment servi à des personnes
« affectées de maladies vénériennes. On doit donc prendre des
« précautions pour éviter la crainte ou les suites de pareils ac-
« cidents (Martin-Solon). »

On trouve dans le *Dictionnaire universel de Matière médicale*, t. III, p. 508, le passage suivant : « On a parlé aussi, il est vrai,
« de la transmission de maladies contagieuses opérée par des
« sangsues, et on en trouve un exemple récent dans la *Nouvelle*
« *Bibliothèque médicale*, 1828, t. I, p. 281 ; mais il ne peut sur-
« venir que lorsqu'on se sert plusieurs fois des mêmes sangsues :
« ce qui est rare ; toutefois il importe d'en tenir compte. »

Nous pourrions encore rapporter d'autres citations ; mais nous pensons que nous en avons assez dit sur ce sujet : nous ferons seulement entrer ici l'observation suivante qui nous a été communiquée par M. Barth, agrégé à la Faculté de médecine, médecin du Bureau central : voici cette observation.

Madame X..., âgée de 32 à 35 ans, sujette depuis plusieurs

(1) Souvent on vient offrir au pharmacien non seulement des sangsues qui ont servi, mais encore des sangsues qui, prises chez lui, n'ont pas, par suite de circonstances particulières, été employées. Tous les pharmaciens refusent de reprendre ces sangsues.

années à des coliques néphrétiques, ayant été reprise, vers le milieu d'octobre 1844, de douleurs aiguës dans le rein gauche, fit sur la région lombaire correspondante une application de 15 sangsues achetées chez un herboriste demeurant rue N...-Saint-R..., n° 5 (1).

Cinq ou six de ces sangsues seules se remplirent, les autres tombèrent presque aussitôt qu'elles furent appliquées.

Les piqûres, au lieu de se fermer, restent douloureuses, et il s'y forme des pustules qui s'ouvrent en laissant à leur place des cavités ulcéreuses capables de loger un pois. Ces ouvertures persistent pendant une quinzaine de jours : enfin elles se cicatrisent ; mais toute la région supérieure de la hanche est devenue le siége d'une assez vive douleur, et quelques jours après il se déclare à l'aine gauche un gonflement inflammatoire qui augmente chaque jour et forme bientôt une tumeur phlegmoneuse, chaude, tendue, égalant en volume la moitié du poing.

Trois applications de sangsues sont faites successivement dans le but de diminuer la violence de l'inflammation. Malgré ces moyens, la tumeur diminue peu ; elle se ramollit, devient très-douloureuse, et le 21 novembre, la fluctuation étant manifeste, elle est ouverte avec le bistouri.

Il s'en écoule d'abord une grande quantité de pus phlegmoneux, qui devient séreux au bout de quelques jours en diminuant graduellement de quantité.

En même temps la tumeur s'affaisse, le foyer se déterge, son fond se garnit de bourgeons charnus vermeils, et pendant tout ce temps les lèvres de la plaie restent parfaitement nettes. Peu à peu la cavité suppurante se remplit, et le 25, l'abcès est complètement cicatricé.

A quelle cause rapporter les accidents précités, si ce n'est aux sangsues appliquées à la région lombaire ?

En effet, il n'y a pas eu de contusion, pas de marche forcée, aucune excoriation du membre inférieur qui pût expliquer le phlegmon de l'aine ; il n'y a pas eu non plus ni hémorrhoïdes ulcérées, ni aucune affection des parties génitales dont il aurait pu être la conséquence.

C'est donc aux sangsues qu'il faut le rattacher. Par elles tout s'explique : les piqûres suppurent, la région qui des lombes conduit à l'aine devient douloureuse, puis les ganglions inguinaux s'enflamment et se tuméfient.

Mais des sangsues saines, fraîches, de bonne nature, pou-

(1) Cet homme a cessé son commerce et a cédé son établissement qui est exploité par son successeur.

vaient-elles produire ces effets ? Y aurait-il chez madame X... quelque disposition individuelle qui aurait facilité le développement des accidents? — Evidemment non. Madame X... est d'une excellente constitution ; elle est fraîche, colorée, n'a jamais eu de gonflement ganglionnaire d'aucun genre, et chez elle toute plaie simple se cicatrise avec la plus grande facilité. De plus, madame X... a été soumise antérieurement à plusieurs applications de ventouses scarifiées sur les lombes, sans aucun accident ; elle a même porté, successivement, deux cautères, l'un sur la région lombaire droite, en 1842, l'autre sur la région lombaire gauche, en 1843, et ces émonctoires sont toujours restés vermeils, tendaient à se cicatriser vite, et n'ont jamais donné lieu à aucune inflammation des ganglions voisins.

De ce qui précède, n'est-on pas en droit de conclure que les sangsues étaient mauvaises ; que probablement elles avaient déjà servi, et que c'est à leur action malfaisante qu'il faut attribuer tous les accidents précités ? BARTH.

Nous pourrions appuyer l'opinion de la transmission de la maladie vénérienne par les sangsues en citant une notice imprimée dans un journal allemand : *Notizen aus dem Gebiete der Natur und Heilkunde*, t. XVIII, n° 7, p. 111. Il ressort de cette notice, que le journal l'*Indicateur westphalien* contient le dire d'un médecin qui fait connaître que des sangsues employées d'abord chez un malade syphilitique, puis réappliquées, en second lieu, chez un enfant, ont communiqué à ce malheureux la syphilis (Voir le *Bulletin de Férussac*, t. XIII, p. 80) (1).

Les faits que nous relatons sont graves ; ils méritent un examen sévère sous le rapport de l'hygiène publique.

Peut-on distinguer les sangsues qui ont servi, des sangsues gorgées pour en augmenter le poids ? — Les essais que nous avons faits nous ont démontré qu'il y avait impossibilité de reconnaître si une sangsue a été gorgée pour être livrée au commerce avec un bénéfice plus ou moins grand, ou si elle a déjà été employée pour tirer du sang à un malade. Cette impossibilité doit rendre le pharmacien plus difficile dans le choix des sangsues qu'il achète pour les livrer à ses cliens ; elle doit porter le médecin à surveiller l'application de ces annélides pour savoir s'ils tireront la quantité de sang nécessaire au soulagement du malade.

Cette difficulté est une des raisons qui doivent faire proscrire et

(1) On nous avait dit que M. Puche, médecin de l'hôpital des Vénériens, connaissait des faits analogues à ceux signalés par M. Barth et par le journal westphalien. Nous avions écrit à ce médecin pour lui demander des renseignements à cet égard ; mais il n'a pas cru devoir nous honorer d'une réponse.

interdire l'usage des sangsues qui contiennent du sang, puisqu'on ne peut savoir si leur application, au lieu de contribuer au rétablissement du malade, ne pourrait pas être la cause d'une maladie contagieuse grave, communiquée par ces annélides.

Doit-on considérer comme fraude la vente des sangsues gorgées et des sangsues qui ont servi? — La question que nous soulevons ici nous semble d'une grande importance; il est évident qu'elle doit être résolue affirmativement. En effet, n'est-ce pas commettre une fraude que de vendre *comme marchandise pure, et au prix de la marchandise pure* (*au prix de la sangsue vierge*), 2 kilog. 440 de sangsues qui se composeraient de 1300 gram. de sangsues pures auxquelles on aurait fait prendre, pour arriver au poids de 2 kilog. 440, 1140 grammes de sang? Il nous semble, en bonne logique, que la vente de ce sang, au même prix que l'on vend la sangsue, constitue évidemment une fraude, d'autant plus que l'on n'avertit pas l'acheteur, qu'on lui livre de la sangsue gorgée et qu'on la lui vend comme loyale et marchande.

N'est-ce pas commettre une fraude que de vendre comme *sangsues grosses*, comme *sangsues moyennes*, comme *sangsues petites moyennes*, et à des prix plus élevés (prix dû au gorgement produit par le sang), des *sangsues petites* que le sang a fait passer à l'*état de petites moyennes*, *des sangsues petites moyennes* que l'on a fait passer à l'état de *sangsues moyennes*, enfin des *sangsues moyennes* que l'on a fait passer à l'état de *sangsues* dites *grosses?*

N'est-ce pas commettre une fraude que de vendre au même prix que les sangsues pures des sangsues qui, étant gorgées, ne tireront pas la quantité de sang que tire la sangsue pure?

Si nous supposons, d'après les calculs de M. Sanson, qu'il faut de trente à quarante sangsues gorgées pour remplacer dix sangsues pures, on voit qu'on sera forcé, les sangsues valant 40 centimes pièce, de dépenser pour obtenir les mêmes résultats de l'application de ces sangsues, de débourser de 12 à 16 francs, tandis que l'on n'aurait eu que 4 francs à dépenser; et si on ne fait pas cette dépense, la prescription du médecin ne sera pas remplie.

N'est-ce pas une fraude que de livrer au public, *comme sangsues pures*, des sangsues qui ont déjà été appliquées sur des malades (1)?

(1) On nous a dit qu'il n'y aurait pas fraude, si l'on indiquait *que les sangsues ont servi*. Nous admettons cette opinion, mais nous nous demandons s'il est beaucoup de personnes qui feraient usage de ces sangsues, si elles étaient averties qu'elles ont déjà été utilisées sur d'autres personnes?

Il nous semble que toutes les fraudes que nous venons d'énumérer sont punissables, et que l'on peut faire application à ceux qui s'en rendent coupables de l'article 423 du Code pénal, ainsi conçu :

« Quiconque aura trompé l'acheteur sur le titre des matières « d'or et d'argent, sur la qualité d'une pierre fausse, vendue « pour fine, *sur la nature de toutes marchandises*, etc., sera puni « de l'emprisonnement pendant trois mois au moins, un an au « plus, et d'une amende qui ne pourra excéder le quart des restitu- « tions et dommages intérêts, ni être au-dessous de 50 fr. »

Ne trompe-t-on pas l'acheteur sur la nature de la sangsue lorsqu'on lui *vend de la sangsue gorgée et grossie, et à un prix plus élevé, pour de la sangsue pure?*

Ne trompe-t-on pas l'acheteur lorsqu'on lui vend *pour sangsue pure, de la sangsue qui a été appliquée primitivement sur un malade*, et peut-être sur un malade atteint d'une maladie contagieuse?

Nous pensons en outre *qu'on peut faire application au vendeur de l'article* 1382 *du Code civil.* En effet, il devrait être condamné à des dommages-intérêts s'il était démontré : 1° que l'acheteur a contracté une maladie contagieuse par suite de l'usage des sangsues qui lui auraient été vendues; 2° que les sangsues qui auraient donné lieu aux accidents avaient été appliquées primitivement à un malade atteint de la même maladie contagieuse (1).

De la conservation des sangsues et de leur reproduction. — Nous avons dit au commencement de ce travail : 1° qu'autrefois les étangs de nos divers départements étaient riches en sangsues et que l'exploitation de ces annélides suffisait à nos besoins; 2° que la manière dont la pêche de ces étangs a été faite nous avait placés dans la position d'aller chercher à l'étranger les sangsues nécessaires à l'usage médical.

Si l'on consulte avec attention ce que nous avons dit de l'importation qui s'est faite depuis 1827 jusqu'à 1844, on verra qu'il est à craindre que les marais de la Hongrie, de la Turquie, de la Valachie, etc., qui fournissent maintenant les sangsues, ne deviennent, comme les étangs de la France, hors d'état de fournir

(1) Relativement à l'application des articles du Code aux fraudes sur les sangsues, quelques personnes prétendent que si l'on punissait les fraudeurs, ce serait attenter à la liberté du commerce. Nous pensons qu'en exigeant que des produits soient livrés purs, qu'en punissant ceux qui les altèrent, on n'attente pas à la liberté du commerce, on le protége au contraire, on met le marchand honnête dans la position de lutter contre le marchand qui lui susciterait une concurrence déloyale.

de ces annélides, puisque la pêche se fait de la même manière qu'elle s'est faite chez nous, c'est-à-dire que l'on ne laisse pas dans ces marais les sangsues qui pourraient servir à la reproduction de l'espèce.

L'économie dans l'emploi des sangsues, sous le rapport du nombre, à une époque où ces annélides n'étaient pas d'un prix très-élevé, a été un sujet d'observation; et ce qu'il y a de curieux, c'est que nous trouvons qu'un praticien proposait, pour économiser les sangsues, de couper l'animal en deux lorsqu'il exerce la succion, faisant observer que la sangsue ainsi coupée continuait de tirer le sang.

L'abbé Rozier disait que chaque sangsue tire environ 30 grammes (1 once) de sang : « que si un instant après qu'elle a « commencé à sucer le sang, on lui coupe la queue, elle en « rend quelquefois plus d'une once, mais que souvent elle en « donne moins, parce qu'elle se détache plus tôt. »

La manière désastreuse dont se fait la pêche des sangsues a été aussi le sujet d'observations judicieuses, observations qui sont confirmées par des faits.

En 1835, M. Fleury adressa au ministre du commerce un mémoire sur les moyens de reproduire et de multiplier ces annélides. M. Fleury proposait : 1° *de prohiber la pêche des sangsues pendant le temps de la ponte* ; 2° *de ne laisser pêcher que les sangsues ayant une grosseur et un poids déterminés*; 3° *de placer les lieux où vivent les sangsues sous la surveillance des gardes champêtres*; 4° *d'exiger des pêcheurs une légère rétribution pour la permission qui leur serait accordée.*

L'Académie de médecine n'adopta pas les propositions de l'auteur ; ses conclusions furent que les moyens indiqués par ce praticien présentaient trop de difficultés pour être mis à exécution, et qu'ils seraient insuffisants pour s'opposer à la destruction des sangsues en France.

Cette compagnie émit à son tour l'avis : 1° que la seule manière de s'opposer à la destruction de ces annélides serait, en France, de rendre à leur vie naturelle les sangsues qui ont été employées dans les hôpitaux, ce qui les livrerait presque pour rien à l'administration ; 2° que les sangsues mises à dégorger, pendant huit à dix jours, pourraient avoir des avantages et ne pas présenter d'inconvénients (1).

(1) Les faits publiés sur la transmission de certaines maladies par les sangsues, particulièrement l'observation de M. Barth, nous laissent des doutes sur l'affirmation qui se trouve exprimée dans le rapport de l'Académie royale de médecine du 29 septembre 1835 ; de plus, on sait que les sangsues conservent pendant plusieurs mois le sang qu'elles ont sucé.

Le mode proposé par M. Fleury nous paraissait cependant présenter des avantages, et ceux qui vivent près des localités où les marais fournissent de ces annélides partagent cette opinion. En 1841, M. Regnard, de Chaumont (Haute-Marne), nous écrivait, à propos des bassins qu'on établissait à Besançon (Doubs) : « Je pense qu'il serait plus convenable de se servir de nos anciens marais à *sangsues grises*, où l'on en trouve encore quelques-unes, de les mettre en réserve, et de ne pas les abandonner à tous nos *pâtureaux* qui les exploitent chaque année, et enlèvent, comme on le fait dans les rivières, tout ce qui peut encore servir à la multiplication de l'espèce.

« Nos marais à sangsues approvisionnaient, il y a douze ans, plusieurs départements ; on en expédiait même jusqu'à Paris : elles étaient si communes dans nos pays que je les ai payées longtemps de 25 à 30 centimes le cent. J'ai vu mon prédécesseur refuser, en hiver, de les payer 75 centimes, trouvant que ce prix était trop élevé. »

Les propositions de M. Fleury, les dires de M. Regnard, les observations que nous avons faites, nous portent à croire que si l'administration s'occupait de réglementer la pêche des sangsues, bientôt nos marais pourraient être productifs et fournir de ces annélides à la consommation ; nous sommes sûr qu'il faudra nécessairement prendre ce parti, mais qu'on ne le fera que lorsque les marais étrangers, épuisés comme les nôtres, ne fourniront plus de ces animaux si utiles au praticien : alors il faudra prendre des mesures, et ces mesures rentreront dans les propositions faites par M. Fleury.

Déjà on s'est occupé : 1° de l'emploi des sangsues dégorgées ; 2° de la reproduction de ces annélides ; 3° des moyens de reproduction ; mais nous nous demanderons à quoi serviront tous ces travaux si l'administration n'intervient et si la récolte des sangsues n'est pas réglée de la même manière que le sont la pêche et la chasse. Ce sera, selon nous, reculer, retarder la difficulté ; car, avec le système actuel, il est évident que dans moins de dix ans on ne pourra se procurer en France toutes les sangsues dont on aura besoin pour l'usage médical, et qu'on sera forcé de payer un prix très-élevé celles qui auront échappé à une destruction qui ne peut être que le résultat des moyens mis en pratique.

Le besoin de faire cesser en France la disette de sangsues qui s'y fait sentir, ayant été signalé à la Société d'encouragement pour l'industrie nationale, les membres de cette Société, qui s'occupent sans cesse de ce qui peut contribuer à l'agrandissement

de notre industrie, se saisirent de la question, et après avoir entendu l'important rapport de M. Huzard (Voy. le *Bulletin* pour 1839, p. 491), décidèrent : 1° qu'un prix de 2,500 fr. serait décerné à celui qui trouverait le moyen de peupler en sangsues les mares et les étangs, soit à eau stagnante, soit à eau courante, qui jusqu'en 1840 n'avaient pas encore nourri de ces animaux ; 2° qu'un prix de 1,500 fr. serait décerné à celui qui ferait connaître des moyens économiques de faire dégorger les sangsues ayant servi une première fois à la succion et de les rendre propres à un second usage.

La proposition du premier de ces prix nous paraissait avoir une immense utilité, et on devait concevoir l'espérance qu'elle stimulerait quelques personnes et qu'on obtiendrait quelques succès, d'autant plus que l'on sait depuis 1739 : 1° que l'on peut aider à la reproduction de la sangsue ; 2° que, dans la Bretagne, on s'est occupé de la multiplication de cet annélide, et que ceux qui s'en occupent savent chercher les cocons près des mares habitées par les sangsues pour les porter dans les mares à peupler.

En 1842, la Société fit connaître dans son Bulletin que douze personnes s'étaient présentées au concours : l'une, Italien et marchand de sangsues, disait avoir trouvé un procédé pour *purger* les sangsues du sang qu'elles contenaient et pour les mettre à même d'en sucer de nouveau ; ce procédé ne fut point connu, car ce concurrent demandait que la Société fît les frais de son voyage de Jeramo (Abruzzes) à Paris, ce qu'elle ne pouvait accepter. Un Hollandais faisait connaître qu'il avait vingt étangs qu'il avait construits pour élever des sangsues médicinales, qu'il étudiait les difficultés que présente cette propagation ; enfin il faisait observer que pour 2,500 fr. il ne pouvait divulguer ses procédés de multiplication. Le même concurrent demandait à la Société 100,000 fr. de récompense, ou une place, en échange du moyen de faire servir à plusieurs reprises les sangsues (1).

D'autres concurrents proposaient d'opérer le dégorgement des sangsues par des moyens déjà connus : *l'emploi de la cendre de bois*, *la pression successive* déjà indiquée par M. Derheims.

Enfin, M. Ollivier, docteur-médecin à Pont-de-l'Arche, indiqua, pour faire dégorger les sangsues, de faire à ces annélides, dans une partie donnée de leur corps, une ouverture destinée à donner issue au sang absorbé par la sangsue.

(1) M. Derheims, de Saint-Omer, avait fait connaître à l'Académie un moyen de faire dégorger les sangsues par compression (Voir le *Bulletin de l'Acad. roy. de méd.*, séance du 19 juillet 1842, t. VII, p. 931).

Le procédé de M. Ollivier, examiné par MM. Soubeiran et Huzard, fut reconnu exact. Aussi la Société décerna-t-elle à ce médecin une médaille d'or de 300 fr., en ordonnant l'insertion du mémoire explicatif de ce moyen dans son Bulletin (Voy. le *Bulletin de* 1843, p. 153, 156, 199).

La Société décerna aussi à M. Faber, ministre protestant, une médaille de 300 fr. pour son mémoire intitulé : *Traité des Sangsues*, dans lequel ce savant traite des lieux où existent les sangsues, de la crainte qu'on a de voir les marais où l'on pêche ces annélides s'épuiser, des diverses espèces de sangsues, de leurs habitudes ; de l'accouplement et de la reproduction ; de la croissance, des dimensions et de l'âge de ces annélides ; des ennemis des sangsues ; de la pêche et de la conservation des sangsues ; des maladies de ces annélides ; de l'établissement de réservoirs propres à la multiplication des sangsues ; enfin de la nourriture de ces annélides.

On voit que, quoique le mémoire de M. Faber présente de l'intérêt, jusqu'à présent les demandes de la Société n'ont produit que peu de chose (1). En effet, nous ne considérons pas le procédé indiqué par M. Ollivier comme important, par la raison que ce procédé ne porte que sur le dégorgement des sangsues ; ce qui nécessiterait l'emploi de la sangsue qui a déjà servi. Je pense qu'un très-grand nombre de personnes doivent, comme moi, éprouver la plus vive répugnance en pensant que les sangsues qu'on doit vous appliquer ont pu servir à un homme atteint de la gale, de la syphilis, d'un cancer, etc. (2).

Nous concevrions le dégorgement des sangsues dans un étang, dans un cours d'eau, et l'emploi de ces sangsues après six à huit mois de séjour dans l'eau. Il serait possible de faire des expériences dans le but de reconnaître si les sangsues gorgées, mises dans un étang ou dans tout autre cours d'eau, se dégorgent, combien de temps exige cette opération, si elles peuvent servir à la reproduction, etc. Ces expériences seraient d'un grand intérêt, et l'administration rendrait un service immense aux populations en s'occupant de faire étudier et de réglementer une branche d'industrie qui intéresse à un si haut point l'hygiène publique.

Notre travail était imprimé lorsque je reçus la lettre suivante, qui m'était adressée par M. Martin :

(1) Nous ferons connaître plus tard les procédés qui seront communiqués à la Société d'encouragement, si ces procédés contiennent quelque chose de nouveau.

(2) Il est des hôpitaux où l'on fait usage des sangsues dégorgées. Nous ne pensons pas qu'on doive approuver l'économie due à l'emploi de cette mesure.

A. M. Chevallier, *professeur à l'École de pharmacie, membre du Conseil de salubrité, etc.*

« Je regrette de n'avoir pu répondre plus tôt aux diverses questions que vous m'avez posées. Aujourd'hui que mes occupations me le permettent, je m'empresse de satisfaire à votre désir.

« *Le filet* vaut en ce moment 180 fr. le kil. : il peut y avoir au kil. 2,400 à 2,600 petites sangsues. Au détail, le filet se vend 15 centimes la pièce. Cette espèce de sangsue est utilisée pour les enfants, et surtout pour les femmes qui, dans bien des circonstances, ne veulent pas que la piqûre laisse de trace. Le filet sert aussi dans certaines maladies pour déterminer un point d'irritation et attirer le sang sur un point donné. Le commerce honnête l'emploie ainsi : autrement il sert la fraude, puisqu'on le gorge pour le faire passer à l'état *de petite moyenne*. L'Italie et l'Espagne recherchent beaucoup le filet.

« 2° La petite moyenne vaut en ce moment 130 fr. le mille ; la grosse , 260 fr. ; la moyenne, 235 à 240 fr., et la grosse (vache), 220 fr. le mille.

« 3° La sangsue dragon vient de l'Algérie et du Maroc ; elle vaut aujourd'hui le mille, savoir : *la grosse*, 180 fr. ; *la moyenne*, 150 fr. ; *la petite moyenne* 130 fr. ; le kil. de *filet*, 90 fr.

« 4° Il n'existe pas précisément d'endroit fixe pour le lavage des sangsues : cette opération ne peut se faire d'une manière déterminée à l'avance, puisqu'elle est subordonnée à l'état de la marchandise. Cependant on lave ordinairement à Kehl, au pont Beauvoisin et à Genève ; mais il arrive encore qu'un marchand a intérêt à ne pas faire voir sa marchandise, surtout si elle est en mauvais état, ou s'il y a baisse. Dans ce cas, on lave dans des endroits indéterminés, et il suffit pour cela de se procurer quelques baquets, de l'eau vive, et quelques hommes de peine pour donner un coup de main.

« 5° Les espèces de sangsues vendues par le commerce de Paris comprennent *tous les choix et toutes les variétés connues* ; seulement les bonnes et vraies sangsues officinales sont d'un écoulement plus facile, ou du moins toutes celles qui présentent ce caractère. Cela ce conçoit. En effet, Paris étant le centre des opérations qui s'effectuent en France et qui desservent l'étranger, la place, pour répondre à tous les besoins, doit être constamment approvisionnée de tous les choix et de toutes les espèces. En temps de rareté et lorsque la marchandise est chère, les qualités inférieures peuvent être plus ou moins demandées. D'un autre côté, il est des localités où des espèces de sangsues sont exclusivement ad-

mises, et il faut toujours être à même de répondre à ces divers besoins. Ici, il faut *de la hongroise*, là *de la syrienne* ou *du dragon;* en d'autres lieux, on ne veut que de la sangsue de *Turquie*, ou de la *blonde* ou de la *noire*, et encore ce qu'on appelle de *la grise*. Il faut donc être approvisionné de toutes les espèces.

« 6° On entend par sangsue noire une sangsue *bâtarde* qui ne pique pas et qui est bien connue, puisque les naturalistes en ont fait la description.

« 7° Rien n'est plus facile que d'attraper l'administration des hospices, et rien n'est plus difficile que de la préserver, ou, en d'autres termes, d'empêcher qu'elle ne soit trompée.

« Le premier motif qui fait que l'administration des hospices est frustrée, c'est qu'aucun de ses agents préposés à la réception des sangsues ne possède toutes les connaissances commerciales pratiques nécessaires pour exiger des fournisseurs l'exécution rigoureuse du cahier des charges. Qu'arrive-t-il de l'absence de ces connaissances pratiques ? c'est que l'administration des hospices reçoit le tiers au moins de sangsues bâtardes dans ses fournitures, et que toutes, sans exception, contiennent jusqu'à un demi de leur poids de sang.

« Pour ne pas être trompée, l'administration des hospices n'a qu'un seul moyen : c'est de mettre à la tête de la réception des sangsues un homme spécial, d'une probité reconnue, et qui, appartenant au commerce de sangsues, posséderait toutes les connaissances pratiques nécessaires pour défendre les intérêts qui lui seraient confiés. Que l'administration des hospices me confie ce soin à titre d'expérience, et je lui démontrerai jusqu'à l'évidence comment elle est trompée et comment elle peut se soustraire à la fraude (1).

« Maintenant, veuillez me permettre, monsieur, de vous adresser les réflexions qui m'ont été suggérées par la lecture de votre article que vous m'avez remis en épreuve.

« Ce n'est pas le gorgement de la sangsue qui fait augmenter le prix : cette opération a, au contraire, pour but de faciliter la concurrence, et par conséquent la baisse, et lorsque la sangsue se vendra saine et exempte de sang étranger, le prix en augmentera considérablement au lieu de diminuer (2).

« Je remarque un éloge assez flatteur à l'adresse de M. Gal-

(1) L'administration pourrait faire faire à un homme destiné à la réception, et sous M. Martin, un apprentissage convenable.

(2) Nous ne partageons pas l'opinion émise par M. Martin, par la raison qu'il faut *de trente à quarante sangsues gorgées pour remplacer dix sangsues pures et vierges.*

lois père, qui cependant était bien au-dessous de la réputation qui lui est faite. On ne peut, il est vrai, lui refuser une certaine intelligence ; mais il n'était pas adroit au point de savoir ce qui se passait partout. Il n'avait de voyageurs qu'en Hongrie, et il n'a jamais travaillé avec Trieste; les Italiens ne lui eussent jamais permis d'acheter, et ils étaient en nombre : il ne leur achetait qu'à Lyon, où il avait un commis, et il n'a jamais eu de relations avec le Levant. Les capacités de M. Gallois étaient, comme vous le voyez, très-bornées et ne pouvaient avoir plus d'étendue. Que dira-t-on donc plus tard des marchands actuels qui ont à lutter, dans des circonstances beaucoup plus difficiles, en France, en Hongrie, dans tout le Levant, en Italie, et dans une grande partie de l'Afrique (1)?

Les sangsues qui arrivent à Trieste ne vont pas à Strasbourg : il n'y a que celles de Turquie passant par Orchwa et la Hongrie ; et encore la majeure partie vient-elle à Trieste et à Marseille, qui sont des points principaux pour les arrivages, vu les facilités qui dérivent des bateaux à vapeur, de la pêche et des moyens de transport.

« Les sangsues arrivent aux frontières en huit jours, quelquefois en six ; elles sont changées et lavées comme en France, et ne peuvent rester dix ou douze jours, comme vous l'expliquez ; elles ne resteraient même pas deux jours dans de certains moments (2).

« On ne va pas de Trieste à Vienne avec des sangsues pour aller à Strasbourg ; au contraire, de Vienne et d'une partie de la Hongrie, et de plus loin, on vient à Trieste, et de Trieste à Paris, qui est le point central.

« Les bassins établis à Aubervilliers ne sont plus à feu M. Gallois, et il ne s'y exerce plus de commerce de sangsues ; ceux de Saint-Denis sont comblés, et il n'existe plus que les miens, qui sont situés à Gentilly, et qui sont alimentés par une eau de source avec étang, etc.

« A Strasbourg, la pêche ne se fait pas avec des bottes : c'est bon pour enlever les terres, etc. ; les réservoirs de M. Coyard ne sont qu'artificiels, et, en marchant avec des bottes, on écrase-

(1) Gallois, suivant moi, était un homme habile. Si à l'époque où il faisait le commerce, il n'avait pas d'aussi habiles concurrents qu'à l'époque actuelle, cela ne dit pas que Gallois n'eût, au besoin, lutté contre les habiles du jour. Je suis convaincu que Gallois, *né avec l'esprit du commerce*, aurait su, à quelque époque que ce soit, se placer au premier rang.

(2) Nous avons dû accueillir toutes les rectifications données par M. Joseph Martin, qui entend mieux que qui que ce soit, à l'époque actuelle, le commerce des sangsues.

rait les sangsues en terre. On agite l'eau seulement, et on jette de petites couvertes de laine qui se lèvent aussitôt, et, en les secouant, les sangsues qui s'y sont attachées tombent dans des vases destinés à cet effet. En Hongrie, on pêche à la main, et non à la couverture, la sangsue y étant trop rare pour agir autrement.

« En définitive, les *Lettres alsaciennes* que vous avez consultées ne présentent aucun caractère sérieux au point de vue de la science : c'est une réclame en faveur de M. Coyard, qui n'a vu que la satisfaction de sa vanité dans cette publication ; tout y est faux et mensonger, et il n'est pas un chiffre sur lequel on puisse raisonnablement s'appuyer. D'ailleurs, le rédacteur est M. C...., qui n'a pas la moindre notion du commerce des sangsues.

« Recevez, etc. J. MARTIN. »

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES DE PARIS.

SÉANCE DU 7 JUILLET.

Anthropologie. — M. Le Bâtard, chirurgien auxiliaire de la marine, adresse à l'Académie un travail sur les habitants de la Polynésie (îles Marquises). L'auteur se sert du mot *Kanaques* pour désigner les habitants des îles Marquises, ce mot signifiant, dans leur langage, *homme*.

La constitution physique de la race kanaque est, suivant M. Le Bâtard, très-belle et même supérieure à celle des Européens. La couleur de leur peau se rapproche de la teinte du cuivre rouge foncé ; elle est luisante et un peu variable dans sa coloration, ce qui lui a semblé dépendre du temps plus ou moins long qu'ils passent au soleil. Leur tête est de grosseur moyenne ; les cheveux noirs ou bruns, plats, gros, durs, peu longs ; la barbe est rare. La charpente osseuse est solidement établie, le système musculaire bien développé, les mouvements agiles et étendus comme chez tous les peuples à l'état de nature et qui prennent beaucoup d'exercice ; leur taille est plus élevée que la nôtre, la moyenne de hauteur est d'environ 1 mètre 80 centim., c'est-à-dire 10 à 12 centim. au-dessus de la moyenne de l'homme ordinaire. Tout le corps est bien proportionné, les rapports du tronc et des membres normaux. Ils portent la tête un peu élevée et le haut du corps en arrière ; l'assurance et la fermeté caractérisent leur démarche. La face est légèrement aplatie, le front est déprimé, les pommettes saillantes, le nez gros, large, court, les yeux droits et généralement de couleur grise ; la commissure externe des paupières est un peu élevée, la bouche grande, les lèvres épaisses et fortement renversées en dehors, le menton rond. Tels sont, som-

mairement, les caractères principaux chez les deux sexes; seulement les femmes sont beaucoup plus petites et d'une taille qui n'est pas en proportion avec la grande stature des hommes.

M. Le Bâtard a mesuré 26 têtes d'insulaires, qui sont en sa possession, suivant leurs principaux diamètres. Il résulte de ces mesures que la longueur des têtes des Kanaques d'avant en arrière est à pen près la même que chez l'Européen. Sa largeur au niveau de la région pariétale est moindre que chez l'Européen d'environ 2 millim. La distance qui sépare latéralement les os temporaux est un peu moindre que chez l'Européen : la moyenne est de 12 centimètres 5 millim., tandis qu'elle est en Europe de 13 centim. 2 millim.

Il y a une partie que M. Le Bâtard a trouvée constamment moindre, c'est la région frontale : deux seules têtes arrivent à 11 centim. 8 millim. ; la moyenne est de 11 centim. 4 millim.

Les têtes européennes se distinguent généralement par l'étendue de ce diamètre, qui est ordinairement de 12 centim. 3 millim. La différence est très-notable, puisqu'elle s'élève à 9 millim.

La conformation angulaire du crâne des naturels donne aux diamètres obliques fronto-pariétaux droit et gauche une étendue presque égale à celle des crânes européens. Les dimensions de ces parties sont beaucoup moins variables entre elles que toutes les autres; elles sont, terme moyen, de 17 centim.

La circonférence du crâne est un peu plus faible que chez les Européens. Dans la race océanienne, la moyenne est de 50 centim., c'est-à-dire de 2 à 8 centim. environ moindre que la moyenne des crânes des Européens. La partie postérieure de la tête semble plus volumineuse dans la race océanienne ; circonstance qui, d'après la doctrine phrénologique, indiquerait la prédominance des facultés intellectuelles qui sont communes à l'homme et aux animaux sur celles qui sont exclusives à l'homme.

L'angle facial, qui chez les Européens est de 80 à 90°, n'est chez les naturels des îles Marquises que de 75 à 80°.

Un des caractères distinctifs de ces têtes, c'est qu'elles ont la région frontale rétrécie et une inclinaison plus prononcée du front en arrière.

En résumé, il résulte des recherches auxquelles M. Le Bâtard s'est livré sur les naturels des îles Marquises, que la conformation crânienne est moins parfaite chez eux que dans la race caucasienne ; que cette différence, quoique légère en apparence, coïncide avec un degré d'intelligence un peu inférieur à celui des Européens ; que les habitants de l'océan Pacifique forment, par leur langage et leur organisation générale, un groupe naturel et héréditaire d'individus de la même espèce, qu'on pourrait caractériser du nom de race océanienne.

Indiens joways. — M. Jacquinot adresse une nouvelle communication sur ce sujet. On se rappelle que dans un précédent mémoire M. Jacquinot considérait les Joways comme offrant tous les caractères de la race américaine proprement dite, et il signalait en outre la grande analogie qui

existe entre eux et les Polynésiens, particulièrement les nouveaux Zélandais. M. Serres, émettant à cette occasion une opinion toute différente, déclarait reconnaître chez les Joways les caractères anthropologiques dee Scandinaves. M. Jacquinot s'est attaché, dans cette nouvelle communication, à réfuter cette opinion. Comparant dans leurs caractères zoologiques les Scandinaves et les Joways, il signale entre ces deux types des différences tranchées. Ainsi, dit-il, tandis que tous les auteurs assignent pour principaux caractères aux Scandinaves d'avoir les cheveux blonds, les yeux bleus, le teint d'une grande blancheur, les pommettes colorées, le visage ovale, et la conformation régulière du crâne des Caucasiques ; les Joways ont les cheveux toujours noirs, lisses, rudes au toucher, les poils et la barbe noirs et rares, les yeux petits, nullement obliques, rendus plus étroits encore par des paupières larges et flasques, et paraissant enfoncés à cause de la saillie des arcades sourcilières ; leur nez est long, bosselé ou aquilin, mais élargi à l'extrémité ; leur bouche est assez grande, la lèvre inférieure large, la supérieure très-arquée ; les dents sont belles et blanches, les pommettes larges et proéminentes, la mâchoire inférieure forte et le menton saillant ; les mains et les pieds remarquablement petits ; la peau basanée, sans changement de couleur aux pommettes ; les lèvres et la muqueuse buccale ont une teinte violâtre correspondant à la couleur de la peau ; les ongles et le globe de l'œil offrent aussi une couleur légèrement brune, en harmonie avec la teinte générale.

Quant aux femmes, elles présentent le même type de race que les hommes ; seulement elles leur sont physiquement inférieures. Plusieurs voyageurs ont déjà mentionné cette infériorité du sexe féminin chez plusieurs nations sauvages ; M. Jacquinot l'a observée lui-même chez les Polynésiens et surtout aux îles Marquises. Enfin, l'affinité des Joways avec la plupart des tribus qui sont répandues dans les parties méridionales de la grande vallée du Mississipi est un fait depuis longtemps reconnu par tous les voyageurs qui ont visité ces contrées.

Des considérations auxquelles M. Jacquinot se livre ensuite sur l'origine des races américaines, il est conduit à admettre, ce qu'il se propose de démontrer un jour, que le nouveau monde est aussi vieux que l'ancien, que sa population est primitive, qu'elle a subi la plupart des révolutions que l'histoire signale chez les peuples de l'ancien monde.

M. Serres persiste à croire que M. Jacquinot est à cet égard dans une erreur complète. Sa méprise proviendrait, suivant ce savant académicien, de ce que M. Jacquinot se serait uniquement appuyé sur les caractères zoologiques empruntés aux formes extérieures, caractères qui n'ont aucune base déterminée, tandis qu'il aurait entièrement négligé les caractères anthropologiques que fournit l'étude du squelette et des organes internes, les seuls qui puissent conduire à une détermination exacte des races humaines. M. Serres se propose de revenir prochainement sur ce sujet et de poser les bases sur lesquelles doit reposer l'étude anthropologique.

— M. Auguste Saint-Hilaire adresse une lettre sur le même sujet, à l'occasion d'une note sur l'antiquité de la race américaine, insérée dans un des derniers comptes-rendus de l'Académie. Cette note tendait à infirmer l'opinion émise par M. Serres sur la ressemblance des Botocudos avec les hommes de la race mongolique ; opinion que M. A. Saint-Hilaire a conçue et émise lui-même il y a un grand nombre d'années. Pendant son séjour en Amérique, en 1817, M. A. Saint-Hilaire a vu une tribu qui vivait depuis plusieurs années parmi les Brésiliens-Portugais ; il en vit une autre qui se rapprocha d'eux pour la première fois. A cette même époque, il les étudia avec le plus grand soin. Après une absence de quinze mois, il revint à Rio-de-Janeiro : on y avait formé une sorte de colonie de Chinois ; il fut frappé de la ressemblance qui existe entre ces hommes et les Indiens en général, surtout les sauvages du Jiquitinhonha. Un peu plus tard, dans le village indien de San-Pedro, il trouva quelques Chinois, et il constata de nouveau une ressemblance frappante. La seule différence qu'il ait constatée, c'est que la figure des Chinois est plus large que celle des Américains indigènes.

Suc gastrique artificiel. — MM. Bernard et Barreswil adressent un troisième mémoire sur les phénomènes chimiques de la digestion ; ce mémoire est relatif au principe actif de la digestion et au suc gastrique artificiel.

Dans un précédent travail, les auteurs ont cherché à démontrer que l'acide du suc gastrique était dû à la présence de l'acide lactique libre. Ils avançaient encore, dans ce même travail, qu'on devait distinguer physiologiquement les principes qui composent le fluide gastrique en deux ordres, savoir : 1° des chlorures et phosphates alcalins, ainsi que d'autres matières qui sont communes au sang et à tous les liquides animaux, et n'ont aucune part essentielle dans les propriétés spéciales qui caractérisent le suc gastrique ; 2° une réaction acide constante, plus une matière organique particulière, qui sont les deux principes actifs dont la présence détermine les propriétés si remarquables du suc gastrique.

MM. Bernard et Barreswil se sont attachés, dans ce nouveau mémoire, à déterminer le rôle physiologique du principe organique actif du fluide stomacal.

Voici les corollaires les plus saillants qui découlent des faits contenus dans ce travail :

1° L'action digestive spéciale des fluides versés dans le tube digestif se trouve toujours déterminée par la nature de leur réaction. C'est ainsi que le suc gastrique ne dissout les substances azotées qu'en raison de sa réaction acide. Lorsqu'il est rendu alcalin, ce suc est, comme la salive et le fluide pancréatique, apte à digérer seulement les matières amylacées. C'est ainsi que le fluide pancréatique et la salive, rendus acides, deviennent aussi, comme du suc gastrique, susceptibles de digérer uniquement les principes alimentaires azotés.

2° Cette propriété remarquable, que partagent ces trois fluides, de transformer l'amidon au sein d'une réaction alcaline et de dissoudre la

viande et le gluten dans une réaction acide, dépend uniquement de la présence d'un principe organique actif identique dans les trois liquides.

3° Les modifications chimiques que les aliments éprouvent dans le tube gastro-intestinal sont donc déterminées par un principe actif unique et qui reste toujours le même ; seulement il obéit successivement aux réactions acide et alcaline qui lui servent de véhicule pour diriger spécialement son action digestive sur tel ou tel principe alimentaire.

4° Les expériences auxquelles MM. Bernard et Barreswil se sont livrés tendent encore à démontrer la vérité de ce qu'ils avaient avancé dans leur précédent mémoire, savoir, qu'il n'y a dans le suc gastrique que deux éléments utiles : son principe organique et sa réaction acide. Aujourd'hui, nous devons ajouter, disent-ils, que la salive et le fluide pancréatique ne possèdent également que deux éléments essentiels : leur principe organique et leur réaction alcaline.

5° L'idée de former du suc gastrique artificiel se présente comme la conséquence naturelle de toutes les expériences exposées précédemment. En effet, il suffit de se procurer de la matière organique qui agit dans la digestion et d'y ajouter un acide. Or, ce principe existe dans les liquides intestinaux alcalins et dans les glandes salivaire et pancréatique.

L'une des conséquences de ces faits, si l'avenir en démontre toutefois l'exactitude, serait que désormais il ne serait plus nécessaire, pour se procurer du suc gastrique, de pratiquer des fistules stomacales sur des animaux, puisqu'on pourrait produire ce suc en quelque sorte de toutes pièces. Les auteurs pensent qu'on pourrait tirer un parti utile du suc gastrique artificiel en thérapeutique.

Emploi de l'ergotine dans les cas d'hémorrhagies externes. — M. Bonjean (de Chambéry) fait connaître, dans une nouvelle note sur l'ergotine, les résultats qu'il a obtenus de l'application de cette substance dans les hémorrhagies externes ; ce à quoi il a été conduit d'après l'action maintenant bien connue de cette substance dans les hémorrhagies internes.

Voici quelques-unes des expériences que l'auteur a faites avec le concours de M. Chevallay, médecin à Chambéry, pour déterminer l'action de l'ergotine dans cette circonstance.

1° Une veine a été ouverte à la cuisse d'un mouton ; immédiatement après on a appliqué, sur l'ouverture béante du vaisseau, un tampon de charpie imbibé d'une dissolution d'ergotine. Au bout de quelques minutes, le tampon a été enlevé ; il ne s'écoulait plus une goutte de sang. L'ouverture de la veine était tout à fait oblitérée.

2° On a ouvert l'artère crurale à un lapin ; le sang s'échappait en un jet de la grosseur d'une plume d'oie. Au bout de quatre à cinq minutes, l'artère a été oblitérée par le même moyen.

3° On a ouvert la plus volumineuse des veines du cou à une poule. Le sang, qui coulait abondamment, a été arrêté en 4 minutes par l'application d'un peu de charpie imbibée d'ergotine. La veine, examinée ensuite, était entièrement oblitérée.

L'ergotine qu'emploie M. Bonjean dans ces expériences est dissoute dans douze ou quinze fois son poids d'eau, et cette dissolution sert à imbiber la charpie que l'on applique sur l'ouverture des vaisseaux. Dans les premiers moments de l'application de la charpie, le sang, qui ne peut être arrêté de suite, entraîne avec lui une portion de l'ergotine dont le tampon est imprégné. Pour réparer cette perte, M. Bonjean fait arriver goutte à goutte, sur cette charpie, de la dissolution d'ergotine, jusqu'à cessation complète de l'hémorrhagie.

15 grains (75 centigrammes) d'ergotine, dissous dans 4 grains (16 grammes) d'eau, suffisaient, au delà, pour une expérience faite sur de petits vaisseaux. Si l'on avait à opérer sur de gros vaisseaux, il conviendrait de concentrer davantage la dissolution et de prolonger plus longtemps le séjour du tampon sur la plaie.

Anémie. — M. Beau, dans une communication qu'il adresse sur ce sujet à l'Académie, exprime l'idée qu'il y a dans l'anémie deux états bien différents qui se succèdent et qu'il importe de distinguer : un état d'anémie vraie, c'est-à-dire de diminution réelle dans la quantité du sang, et puis un état de polyémie séreuse, c'est-à-dire un état du sang plus abondant qu'avant les pertes sanguines, mais devant cette surabondance à une proportion considérable de sérum.

Les traits distinctifs sur lesquels est fondée la division des deux états d'anémie vraie et de polyémie séreuse qui suivent les grandes pertes de sang résultent de l'observation clinique et des expériences répétées que M. Beau a pratiquées sur les animaux. Dans ces deux états, il y a deux symptômes communs qui leur donnent l'apparence d'une maladie unique et qui les ont fait réunir sous le nom d'anémie. Quelques-uns de ces symptômes, tels que la plénitude du pouls, la dilatation avec hypertrophie du cœur, se rencontrent dans toutes les affections appelées anémie, chlorose, hydrémie, et dans toutes celles qui sont caractérisées par l'existence des bruits artériels.

Cataractes secondaires. — M. Tavignot adresse une note sur un nouveau procédé propre à prévenir la formation des cataractes secondaires.

La cataracte secondaire n'est à craindre, suivant lui, que lorsque le cristallin seul était opaque au moment de l'opération, parce qu'alors la capsule antérieure, ménagée à cause de la conservation de sa transparence, peut s'enflammer et donner naissance à une nouvelle cataracte; tandis que cet accident n'est pas à craindre lorsque la capsule postérieure seule est ménagée, parce que celle-ci ne s'opacie que très-rarement. L'indication propre à prévenir la formation de la cataracte secondaire consiste en conséquence à détruire dans tous les cas la capsule antérieure par une déchirure très-étendue, en même temps qu'on déplace le cristallin. M. Tavignot a imaginé à cet effet un instrument qui remplit cette double indication et qui consiste en une petite plaque de la forme et de l'étendue de l'ouverture pupillaire dans un état moyen de dilatation. Cette plaque est pourvue d'un pédicule de 2 centimètres de

longueur qui la fixe à angle droit sur une tige métallique, comme celle qui supporte l'aiguille à cataracte ordinaire.

Une incision de 5 à 6 ou 7 millimètres est pratiquée au côté externe de la circonférence de la cornée ; une fois l'humeur aqueuse évacuée, on introduit par cette ouverture l'instrument tenu de manière que l'extrémité libre de la plaque regarde en haut. Cette plaque est dirigée ensuite jusqu'au niveau de l'ouverture pupillaire préalablement dilatée par la belladone; elle atteint la capsule antérieure. Alors il faut imprimer au manche de l'instrument un mouvement de rotation d'avant en arrière ; de telle sorte que la plaque qui regardait en haut devienne horizontale, puis regarde en bas. L'abaissement est ainsi pratiqué en masse. L'instrument est ensuite retiré dans la position où il se trouve en dernier lieu et en exécutant une manœuvre inverse de celle qui a servi à son introduction.

Caractères microscopiques du cancer. — M. Sédillot, de Strasbourg, pense qu'on a trop négligé jusqu'à présent l'application du microscope à l'étude des productions morbides et qu'on pourrait l'utiliser pour le diagnostic des tumeurs cancéreuses. Quelques micrographes allemands (Muller et Chelius entre autres) ont observé que la substance cancéreuse est formée de cellules cancéreuses d'un aspect particulier et qui constituent l'élément caractéristique de toutes les tumeurs dégénérées. En se fondant sur l'absence de ce caractère, M. Sédillot cherche à établir que les tumeurs ulcérées des lèvres, que l'on avait considérées jusqu'à présent comme des cancers, doivent être rangées à l'avenir parmi les lésions de l'appareil épidermique.

—M. Cazenave, de Bordeaux, adresse un travail sur un moyen de remédier à quelques infirmités de la main droite qui s'opposent à ce que les malades puissent écrire, et auxquelles l'art n'a pu jusqu'à présent opposer aucun moyen efficace. Tels sont, par exemple, les cas de spasme ou de paralysie des muscles moteurs des doigts, etc. L'appareil que M. Cazenave a imaginé pour obvier à cette infirmité consiste en un porte-plume armé de deux vis de pression et en deux cercles en caoutchouc pourvus chacun d'une vis de rappel. Cet appareil ainsi composé s'adapte parfaitement et sans gêne aux trois premiers doigts de la main droite qu'il contraint à tenir la plume. On écrit au moyen de mouvements imprimés par les vis de rappel aux lacets élastiques qui sont ainsi relâchés et serrés à volonté et au degré nécessaire, etc.

SÉANCE DU 14 JUILLET.

Propriétés médicales de l'urine des herbivores. — M. Boussingault adresse de Bechelbrounn un mémoire très-étendu sur l'analyse chimique des urines des animaux herbivores. Il signale dans ce mémoire un fait qui, dit-il, surprendra les chimistes et les physiologistes : c'est que dans l'urine des herbivores il y a du bi-carbonate de potasse, et non pas, comme on le croyait, du sous-carbonate. En mettant de côté l'urée et l'acide hippurique, on trouve que l'urée ressemble singulièrement à une

eau minérale alcaline. M. Boussingault pense qu'on pourrait essayer de les employer pour dissoudre les calculs d'acide urique, ainsi que pour tous les autres cas où est indiqué l'usage des eaux alcalines, Je parlerai plus sérieusement qu'on ne sera peut-être disposé à le croire, ajoute-t-il, en disant qu'un produit sortant de la vessie d'une de mes vaches m'inspirerait, comme médicament, beaucoup plus de sécurité qu'une dissolution alcaline préparée par de très-habiles chimistes.

Épidémies périodiques. — M. Assalon, médecin à Dieuze, adresse un travail sur la topographie médicale et sur les maladies endémiques et épidémiques de la localité qu'il habite. Il signale dans ce travail un fait fort remarquable, qu'aucun médecin n'avait, dit-il, signalé jusqu'à ce jour, et que l'on ne retrouve dans aucune histoire d'épidémies : c'est le retour exact et à périodes fixes d'états pathologiques graves, affectant presque toujours la même marche, les mêmes symptômes, les mêmes caractères. La plus importante de ces endémies est la fièvre typhoïde ; les deux autres sont des fièvres intermittentes et des affections charbonneuses. L'auteur a observé des épidémies de fièvres typhoïdes en 1830, 33, 36, 39, 42. Les fièvres intermittentes ont été observées dans les années 1829, 32, 35, 38, 41, et les affections charbonneuses en 1831. 34, 37, 40 et 43. Voilà à quelles circonstances topographiques l'auteur, frappé de cette singulière intermittence, en attribue les causes.

Le commune de Quermange, principal foyer de ces endémies, se trouvait autrefois entourée de vastes étangs. La fièvre typhoïde y apparaissait tous les ans, tantôt au sud-est, tantôt au sud-ouest. Depuis vingt-cinq ans environ, il s'est fait un changement remarquable dans la direction affectée par l'invasion de la maladie, qui ne se montra désormais que de l'ouest à l'est. C'est que depuis vingt-cinq ans, un étang voisin, placé au nord-ouest du village, a été supprimé; que toute la partie sud-ouest des habitations est baignée en quelque sorte par les flots de l'immense étang de l'Indre basse, et enfin, depuis cette époque, les épidémies de fièvres typhoïdes ne reviennent que chaque trois années.

M. Assalon pense que cette périodicité tient au mode d'exploitation de cet étang, qui pendant deux ans reste plein d'eau et de poisson, et est vidé en automne et livré à l'agriculture la troisième année. L'apparition des épidémies typhoïdes coïncide avec la seconde année, durant laquelle l'étang de l'Indre est plein d'eau. Elles se montrent au plus tôt vers le commencement de juin, au plus tard dans la dernière quinzaine d'août, c'est-à-dire à l'époque où la température commence à s'élever d'une manière constante. L'apparition des fièvres intermittentes répond à la première année, durant laquelle l'étang de l'Indre est plein d'eau. Au printemps, les fièvres quotidiennes, après avoir ouvert la scène pendant quelques semaines, font place aux fièvres tierces, qui s'effacent presque complètement quand arrive la température chaude et sèche de l'été, pour reparaître avec les brumes de l'automne, transformées quelquefois en quartes bien déterminées.

Les affections charbonneuses se manifestent sur des points élevés

au-dessus du niveau de l'étang. Elles surviennent pendant l'année du dessèchement de l'étang. La haute température des mois de juillet, août, et quelquefois de septembre, semble être la seule circonstance favorable au développement et à l'action du miasme charbonneux.

L'auteur déduit de ces faits cette conclusion, qu'il y a une frappante analogie entre les fièvres intermittentes, la fièvre typhoïde et les maladies charbonneuses ; qu'elles reconnaissent une cause unique, le miasme marécageux agissant sans interruption, et produisant, suivant son intensité, suivant les saisons, suivant l'état hygrométrique de l'air, les fièvres intermittentes, la fièvre typhoïde, ou le charbon malin. Cette action du miasme semble suivre exactement la périodicité d'exploitation du vaste étang de l'Indre basse.

Nouveau procédé pour le traitement des fistules vésico-vaginales. — M. Jobert (de Lamballe) communique un fait de guérison de fistule vésico-vaginale, obtenue par un procédé qui lui est particulier.

Une femme se présenta, dit-il, dans mon service avec une fistule vésico-vaginale, survenue à la suite d'un accouchement laborieux. L'urèthre avait été complètement détruit, et la perte de substance qui occupait la cloison vésico-vaginale s'étendait en arrière, le long de la ligne médiane, jusqu'à un centimètre et demi environ du col utérin. Il existait donc un vaste cloaque où tombaient les urines avant de s'écouler au-dehors.

Je tentai la guérison de cette fistule par l'emploi de plusieurs méthodes et du procédé autoplastique dont j'ai donné connaissance à l'Académie il y a quelques années. La malade sortit de l'hôpital sans que son infirmité fût sensiblement améliorée. Son courage cependant ne l'abandonna pas, et, un an après sa sortie, elle rentra dans mon service. C'est alors que je pratiquai (9 juin 1845) l'opération suivante, que j'appellerai *réunion autoplastique par glissement.* Ce procédé consiste à pratiquer une incision semi-circulaire transversale sur la partie antérieure du col utérin, à l'endroit où celui-ci est joint par le vagin. La dissection a lieu de bas en haut, et le tranchant du bistouri est maintenu dirigé vers le col utérin, afin de protéger la vessie contre de dangereuses atteintes. Immédiatement après cette incision et la dissection qui isole facilement le bas-fond de la vessie, il y a rétraction de la portion antérieure du vagin et déplacement en avant de la région postérieure de la vessie. L'affrontement et la réunion des lèvres de la division deviennent alors faciles, et l'on peut ainsi réparer des pertes de substance énormes, telles, par exemple, que celle qui existait dans le cas dont je parle.

La malade qui fait le sujet de cette communication est aujourd'hui dans l'état suivant : on voit : 1° au fond et à la partie supérieure du vagin, la cicatrice épaisse et solide, qui sert de véritable plancher à la vessie ; 2° le col de l'utérus, au-devant duquel se trouve une saillie prononcée, formée par la vessie et l'extrémité supérieure du vagin, détaché du col ; 3° un sillon dirigé d'avant en arrière, et qui indique l'endroit où s'est faite la réunion des deux lèvres de la fistule ; 4° en avant de ce sillon et à la hauteur du col normal de la vessie se remarque une

dépression formée par une ouverture que peut traverser une sonde de femme; 5° il n'existe pas d'urèthre, mais l'orifice vésical de nouvelle formation semble en remplir l'usage; 6° les urines sont gardées pendant plusieurs heures, et la malade sent le besoin de les rendre, ce qu'elle effectue à volonté. Lorsque la malade marche, elle conserve les urines moins complètement et avec moins de facilité.

Traitement de la fistule et de la tumeur lacrymale. — M. Guépin (de Nantes) communique une note relative à un nouveau moyen de traitement de la fistule et de la tumeur lacrymale. Il propose l'emploi d'un trois-quarts coudé pour rétablir le canal nasal dans les cas d'oblitérations osseuses, et pour faciliter l'introduction de clous ou bougies en étain dans les cas ordinaires.

— M. Ducros adresse trois mémoires dont les titres suivent :

1° De l'identité des courants nerveux et des courants électriques, démontrée au moyen de la fermeture par compression de certains cercles nerveux dans les excitations tuberculeuses du plexus pharyngien.

2° Physiologie, pathologie et thérapeutique des mouvements du cœur et du sang, basées sur l'étude des lois physiques de polarité chez l'embryon du poulet et chez l'homme.

3° Etudes expérimentales et de médecine pratique sur le jet du sang dans la saignée, instantanément augmenté par les courants électriques, par les courants galvaniques et par les secousses pharyngiennes ammoniacales.

SÉANCE DU 21 JUILLET.

Cette séance a été consacrée à des sujets entièrement étrangers aux sciences médicales.

SÉANCE DU 30 JUILLET.

Anthropologie. — M. Jacquinot adresse une lettre en réponse aux dernières observations de M. Serres, relatives aux caractères des races américaines. M. Serres ayant, à cette occasion, critiqué la méthode dont M. Jacquinot avait fait usage pour la détermination des caractères et de l'origine des Jowais, et énoncé quelques principes généraux sur la manière dont il convient d'étudier les races humaines et sur la valeur respective des caractères anthropologiques et des caractères zoologiques, M. Jacquinot réfute la critique de ce savant professeur, et s'attache à démontrer que les dénominations dont il s'est servi tendraient à jeter quelque confusion dans la science.

Les caractères que M. Serres désigne par le nom de *caractères anthropologiques*, dit-il, bien qu'importants sans doute, sont par plusieurs points inférieurs aux caractères empruntés aux formes extérieures et rentrent naturellement d'ailleurs dans ces derniers ; car les formes du crâne et du squelette sur lesquelles reposent principalement les caractères que M. Serres appelle anthropologiques se traduisent au-dehors. Ensuite, ajoute M. Jacquinot, ces caractères tirés du crâne et du squelette, très-distincts entre des races éloignées, deviennent extrêmement difficiles, pour ne pas dire impossibles, à distinguer dans la foule

des races et des variétés intermédiaires. Enfin, l'observateur a bien rarement l'occasion d'examiner ces caractères anatomiques.

La supériorité des caractères extérieurs est évidente pour M. Jacquinot. C'est par eux que le vulgaire reconnaît au premier abord les variétés les plus fugitives d'une même race, les caractères nationaux, en un mot; à plus forte raison l'observateur parviendra-t-il à reconnaître des races plus tranchées.

Un seul de ces divers caractères pris isolément ne saurait suffire pour la détermination des races humaines; aussi c'est de leur réunion que M. Jacquinot entend parler, et non de l'un ou de l'autre de ces caractères exclusivement.

M. Jacquinot croit ne s'être pas écarté, dans la détermination qu'il a faite des caractères des Joways, des principes qu'il vient de rappeler; cependant M. Serres, en ayant contesté l'exactitude, a reproché à l'auteur « d'avoir négligé les véritables caractères anthropologiques, bases de la science. »

M. Jacquinot, cherchant dans les écrits mêmes de M. Serres la valeur de ces caractères, trouve que, soit dans la description qu'il a donnée des Botocudos, soit dans la détermination qu'il a faite des Joways, il n'a indiqué en définitive que ces mêmes caractères extérieurs.

Mes déterminations restent donc entières, dit en terminant M. Jacquinot, et je regarderai comme complète l'analogie entre les Jowais et les Polynésiens jusqu'à ce que M. Serres ait démontré leur ressemblance avec les Scandinaves par la comparaison exacte et détaillée des caractères zoologiques ou anthropologiques.

M. Serres présente quelques nouvelles observations sur cette communication. Les deux points principaux que j'ai voulu établir, dit-il, lors de la première communication de M. Jacquinot, savoir, d'une part, la ressemblance de certaines peuplades de l'Amérique du Nord, en particulier des Botocudos et des femmes Joways avec les Mongols, et, d'autre part, la ressemblance des hommes Joways avec la race scandinave, ne sont nullement infirmés par les nouvelles observations de M. Jacquinot et me semblent inattaquables. Quant à la ressemblance que M. Jacquinot prétend exister entre les Joways et les Polynésiens, je n'ai rien dit à cet égard : c'est à M. Jacquinot à en fournir la preuve.

En ce qui concerne la première partie de la lettre de M. Jacquinot, relative aux caractères anthropologiques et aux caractères zoologiques, il n'est pas étonnant qu'il n'ait rien trouvé daes mes ouvrages qui ait pu lui donner l'idée du sens différent que j'attache à ces deux ordres de caractères, car je n'ai encore rien publié sur ce sujet. J'en ai fait l'objet de mes leçons au Muséum depuis quelques années, et je me propose de les exposer dans cette enceinte à l'occasion du rapport qui devra être fait sur les communications de M. Jacquinot et celles de M. Le Bâtard sur le même sujet. Je ferai remarquer seulement pour le moment que ce qui différencie essentiellement ces deux ordres de caractères, c'est que les uns, les caractères zoologiques, constatent principalement les

différences, tandis que les autres, au contraire, les caractères anthropologiques, font ressortir les points d'analogie et de ressemblance.

Géologie fossile. — M. Agassis adresse un fragment d'un grand travail de géologie, dans lequel on trouve un résumé de tous les résultats généraux auxquels ce savant est arrivé par l'étude des fossiles. On comprendra assez l'importance physiologique de ce travail en disant qu'il fait ressortir par la comparaison des faits :

1° L'analogie qui existe entre les premiers états de l'embryon des poissons et l'organisation des poissons fossiles des terrains les plus anciens.

2° Le parallélisme que présentent les phases du développement embryonique des poissons avec la succession des différents types dans la série des terrains.

3° Les rapports qu'il y a entre cet ordre de succession et la gradation zoologique des types de la classe des poissons, dans la création actuelle.

Enfin, il montre que pour plusieurs autres classes du règne animal, on peut déjà reconnaître des analogies semblables, alors même que les travaux publiés jusqu'ici sur ces classes n'ont pas été faits dans le même but que les siens.

Structure des poumons. — M. Maleschutt, médecin de l'Université de Heidelberg, adresse une dissertation écrite en latin sur la structure du poumon. Ce travail contient des observations nouvelles sur la division, la fin et la nature des dernières ramifications des bronches. L'auteur soutient, contrairement à l'opinion que plusieurs anatomistes professent aujourd'hui, que les dernières radicules des bronches se terminent en vésicules et non en canaux.

Organographie végétale. — M. Gaudichaud a lu dans cette séance la dernière partie d'un grand travail qu'il a entrepris pour réfuter les théories établies par M. de Mirbel, dans son mémoire sur le *Dracœna australis*. Ce travail, d'une étendue considérable et rempli de faits, n'était point susceptible d'analyse ; mais nous trouvons dans cette dernière partie le résumé des principaux faits généraux qui ressortent des nombreuses recherches auxquelles s'est livré l'auteur, faits qui tendent à établir une doctrine physiologique nouvelle. L'auteur s'est proposé de démontrer, par un grand nombre de préparations anatomiques, ce fait déjà admis par la presque universalité des botanistes, que tous les végétaux vasculaires monocotylés et dicotylés augmentent le diamètre de leur tronc par l'adjection annuelle ou incessante des filets radiculaires qui naissent dans les bourgeons et descendent plus ou moins directement et rapidement jusqu'à l'extrémité des racines. Ces filets sont mus par une force puissante qui agit dans toute la longueur du végétal, force qui s'exerce du sommet organique à la base, ou, autrement dit, des bourgeons aux racines. Il démontre, en outre, après avoir détruit toutes les sources d'où l'on a voulu faire partir les filets ligneux, que les phytons divers naissent, croissent et fonctionnent isolément, quel que soit d'ailleurs leur mode de réunion, et qu'une fois engendré, chacun vit avant tout de sa vie spéciale,

sans rien emprunter d'organisé au végétal, qui ne lui sert, pour ainsi dire, que de terrain, et dans lequel il peut envoyer ses racines. Il montre, en effet, que ces pythons se développent à la fois dans toutes leurs parties, comme êtres distincts, individuels ; que rien ne les pénètre, si ce n'est la sève, et qu'il s'en échappe des tissus, ou filets radiculaires, qui descendent, à l'état de simples filets ou de racines, soit entre le bois et l'écorce, soit dans l'eau,

En résumé, M. Gaudichaud a cherché à établir que le végétal est, non un individu, comme on le soutient généralement, mais un assemblage d'individus uniformes dans leur nature primitive, aussi variables dans leur organisation que dans leurs fonctions ; que tous naissent les uns après les autres, s'agencent entre eux par l'effet d'un double développement, l'un central et ascendant, l'autre extérieur et descendant, et qu'ils fonctionnent individuellement, d'abord pour leur vie propre, puis pour la vitalité générale de l'être composé, résultant de la persistance de leurs parties inférieures (les mérithalles tigellaires et leur système vasculaire) ; les autres parties, propres à la vie individuelle (les mérithalles pétiolaires et limbaires), se desséchant dès qu'elles ont accompli les phases végétatives, alimenté l'être complexe persistant et assuré par des germes nouveaux son existence future.

Un arbre étant un assemblage d'individus de tous les âges et dont le nombre est infini, chacun de ces êtres fonctionnant à sa manière et en raison directe de sa position, de son âge, etc., ce ne sera plus par conséquent désormais avec des tranches minces et diaphanes, avec des lambeaux mutilés de toutes les parties végétales, et en faisant fonctionner un arbre comme un individu simple, ainsi que cela se fait d'après les principes que réfute M. Gaudichaud, qu'on étudiera désormais l'anatomie et la physiologie végétales.

M. Gaudichaud se propose d'aborder prochainement avec les nouveaux principes qui découlent de ses recherches toutes les grandes questions d'organographie et d'anatomie végétales.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE PARIS.

SÉANCE DU 8 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Identité de la fièvre typhoïde et du typhus. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'identité de la fièvre typhoïde. (Voir séance du 24 juin.)

M. Rochoux : M. Gaultier de Claubry, notre honorable collègue, m'a reproché de m'être tenu dans les généralités. Mais qu'est-ce qui doit nous occuper dans cette assemblée si ce ne sont surtout des généralités, des principes? Je ne me refuse pas d'ailleurs à aborder les faits de détail. J'ai déjà fait remarquer dans le temps que la fièvre typhoïde affectait les jeunes ouvriers maçons et les élèves en droit, aussi bien que les élèves en médecine ; ce qui ne devrait pas être évidemment dans

l'hypothèse de la contagion. D'ailleurs, ai-je ajouté, ce sont particulièrement les élèves de première et de deuxième année, c'est-à-dire ceux qui ne suivent pas encore les hôpitaux, qui en sont atteints, tandis que ceux de troisième et de quatrième année, qui fréquentent les hôpitaux, en sont généralement exempts. En devrait-il être ainsi si la fièvre typhoïde était contagieuse? Quelle différence avec le typhus, qui attaque presque indistinctement tout le monde!

Quant à la comparaison de la dothinentérite à la variole, c'est à mon sens une idée bouffonne. La dothinentérite n'atteint, en moyenne, que des sujets de 20 à 25 ans, rarement au delà de 40. La variole, au contraire, atteint à tout âge. Celle-ci attaque presque sans exception tous les individus qui n'ont point été vaccinés ou inoculés, tandis que la dothinentérite ne frappe que sur un vingtième de la population tout au plus. Il n'en faudrait pas davantage, je crois, pour montrer toute la distance qui sépare ces deux maladies. On s'est fondé, pour établir cette analogie, sur l'assimilation des glandules de Brunner aux pustules varioliques. M. Chomel, qui en fait de critique ne passe pas pour un casse-cou, a démontré le peu de fondement de cette doctrine.

En résumé, les faits de détail comme les généralités et le raisonnement déposent contre l'opinion de M. Gaultier de Claubry. La majorité des témoignages qu'il a invoqués ne lui est pas plus favorable. Il y a longtemps qu'Aristote s'est moqué avec juste raison des majorités en matière de science. Dailleurs, rien ne me serait plus facile que d'opposer des noms à ceux qu'a cités M. G. de Claubry ; mais la question n'y gagnerait pas grand'chose. La vérité ne se met pas aux voix ; celui qui la trouve n'a pas besoin de s'enquérir si beaucoup d'autres sont de son avis.

M. Dubois (d'Amiens) : Il y a dans le sujet actuellement en discussion deux questions bien importantes : celle de l'identité du typhus et de la fièvre typhoïde, et la question de la propagation de cette dernière maladie. Je ne vois pas dans l'argumentation de M. Rochoux les difficultés sérieuses qu'il avait dit devoir opposer à la première proposition. La seconde proposition était plus attaquable, et a effectivement soulevé de plus graves objections. Ce n'est pas sans regret que j'ai entendu, à cette occasion, M. Castel s'élever contre la distinction de l'infection et de la contagion, et ne considérer la contagion que comme un accident éventuel, un épiphénomène. Et pourquoi cela? parce que les maladies réputées contagieuses ne se communiquent pas toujours infailliblement. Mais en quoi ceci infirmerait-il la contagion comme caractère fondamental de certaines maladies? De ce que quelques individus auront échappé à l'influence de la contagion syphilitique, par exemple, en conclurons-nous que la contagion n'est pas un caractère essentiel de la syphilis? La distinction entre l'infection et la contagion est, à mon avis, fondamentale, et c'est une des doctrines les plus lumineuses de notre siècle. C'est la théorie trop exclusive de Fracastor sur la contagion qui a créé les lazarets et les quarantaines, et qui a donné lieu aux abus

qu'on leur reconnaît aujourd'hui. La théorie de l'infection, basée sur les faits les plus positifs et les mieux démontrés, en faisant cesser la confusion qui régnait auparavant, a jeté une vive lumière sur ces questions sanitaires.

Passant ensuite à l'examen de la question spéciale de la contagion de la fièvre typhoïde et des faits dans lesquels M. Gaultier de Claubry a puisé les éléments de sa conviction, M. Dubois ne trouve pas dans ces faits ce qui a pu autoriser M. G. de Claubry à penser ainsi. Au lieu d'autoriser à conclure en faveur de la contagion, tout ce qui pouvait se déduire de ces faits, ce serait tout au plus une probabilité ; encore faudrait-il qu'ils fussent plus nombreux.

M. Dubois résume son opinion par les deux propositions suivantes : le typhus et la fièvre typhoïde me paraissent deux maladies identiques, ne différant que par le degré seulement ; 2° il ne me paraît pas démontré que la fièvre typhoïde se propage par voie de contagion.

SÉANCE DU 15 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Tumeurs fibreuses. — M. Londe lit, pour M. le professeur Le Sauvage, correspondant de l'Académie, un mémoire sur les tumeurs albumino-gélatineuses (fibreuses des auteurs). La question agitée au sein de l'Académie n'a pas paru à M. Le Sauvage avoir reçu une solution suffisante. Parmi les tumeurs appelées *fibreuses*, les unes ne méritent point cette classification ; leur tissu n'offre aucun des caractères du tissu fibreux ; leur mode de production, qui, jusqu'à présent, n'a point été bien apprécié, exclut la possibilité de la transformation fibreuse. Le diagnostic de ces tumeurs peut être ainsi établi :

Elles se développent par intussusception dans les régions abondamment pourvues de tissu cellulaire, auquel elles font subir une grande extension, en déplaçant, sans les envahir, les organes environnants.

Elles ne sont le siége d'aucune douleur ; mais elles peuvent en déterminer par la pression qu'elles exercent sur les organes voisins.

Le plus souvent elles rendent tellement exprimées les apparences d'une fluctuation, que les praticiens les plus exercés pourraient s'y méprendre.

La peau qui recouvre ces tumeurs est souvent très-distendue, mais sans aucune altération, et jamais elle ne contracte d'adhérence.

Les ganglions lymphatiques n'éprouvent point d'engorgement consécutif.

Leur tissu est homogène, blanchâtre, élastique, plus ou moins consistant. Il se déchire très-irrégulièrement, et les surfaces présentent l'aspect pulpeux des pseudomembranes. On y aperçoit, à la loupe, une grande quantité de vaisseaux sanguins à l'état naissant, et souvent un certain nombre de petits kystes bien organisés.

Ce tissu conserve toujours la même structure, quelles que soient l'étendue et l'ancienneté du développement de la tumeur, et jamais il n'éprouve ni dégénérescence ni transformation.

On conçoit maintenant comment, isolées au milieu des organes où

elles ne jouissent que d'une vie réduite au minimum d'expression, les tumeurs gélatino-albumineuses peuvent être enlevées sans danger et surtout sans donner de craintes de récidive, et on ne peut douter que ce ne soit à de semblables tumeurs que le dernier des priviléges, justifié par les observations de M. Le Sauvage, aura été concédé par Bayle, Boyer, le professeur Velpeau, etc.

Fièvre typhoïde. — M. Louis lit, au nom de MM. Honoré, Maccartan et au sien, un rapport sur un mémoire adressé à l'Académie par M. le docteur Jacquez, de Lure (Haute-Saône), relatif à plusieurs épidémies de fièvre typhoïde qu'il a observées dans les communes de l'arrondissement de Lure. C'est, dit M. le rapporteur, un travail étendu, élaboré avec soin et digne de fixer l'attention de l'Académie.

Ce travail est divisé en trois parties, Dans la première, l'auteur donne l'histoire de 26 cas d'affection typhoïde sporadique recueillis par lui à Lure et dans quelques localités environnantes. Dans la deuxième, il expose les cas de fièvre typhoïde épidémique qu'il a observés dans plusieurs villages. Dans la troisième, il étudie successivement, avec les faits qu'il a recueillis et beaucoup d'autres qui lui ont été communiqués, les causes, le diagnostic, le pronostic et le traitement de la maladie.

Parmi les causes prédisposantes, l'auteur étudie l'influence de l'âge, du sexe, de l'intempérance et du changement de régime et d'habitudes.

Relativement à l'âge, il résulterait du tableau statistique dressé par l'auteur, qu'avant l'âge de 10 ans il y aurait moins de prédisposition à la fièvre typhoïde que dans la période de 50 à 60. Il signale en outre quelques individus âgés de 60 à 70 ans, et 1 de 70 à 80 ans, que la maladie n'aurait point épargnés. M. le rapporteur émet quelques doutes sur la réalité de ces faits qui, s'ils étaient exacts, s'éloigneraient beaucoup de ceux que l'on observe journellement à Paris. Il est porté à croire que l'auteur, n'ayant pas vu lui-même tous les malades dont il analyse l'histoire, il pourrait y avoir eu, dans quelques cas, une erreur de diagnostic, d'autant plus, dit-il, qu'il serait difficile d'admettre qu'une si grande proportion d'hommes âgés auraient pu échapper si longtemps aux causes de la maladie, et que si l'on admettait au contraire qu'ils ont dû en être atteints antérieurement, ce serait que l'affection typhoïde est fréquemment sujette à récidive ; ce qui est plus que douteux.

L'auteur ne pense pas que le sexe constitue une prédisposition particulière à l'affection typhoïde. L'intempérance ne peut pas non plus être considérée comme une prédisposition. On en peut dire autant, d'après les faits qu'il rapporte, du changement de régime et d'habitudes.

Parmi les causes déterminantes, l'auteur étudie successivement l'action des saisons, des localités, des logements, des rivières, des marais, des lieux communs de sépulture, etc. Il ne pense pas que les saisons ou les conditions barométriques aient eu une influence positive sur le développement des épidémies qu'il a observées. On ne saurait non plus, dit-il, attribuer une grande influence aux localités sur le développement

des épidémies en question ; car elles ont régné dans les villages secs et élevés, aussi bien que dans les lieux humides. Quant au logement, il est porté à croire, d'après les faits observés, que des chambres insalubres et peu aérées, que surtout un air vicié par la réunion d'un trop grand nombre de personnes, peuvent seuls, et indépendamment de la contagion, déterminer le développement de la fièvre typhoïde.

Les marais n'ont pas eu l'effet préservatif annoncé dans ces derniers temps. La fièvre typhoïde n'a pas plus ménagé les villages à fièvre intermittente que les autres, et même les premiers ont été généralement les plus mal traités.

Les lieux communs de sépulture n'ont paru avoir aucune influence sur l'épidémie, contrairement à ce qui est admis par beaucoup de médecins.

La contagion de la fièvre typhoïde, si bien établie par M. Bretonneau et par plusieurs autres médecins recommandables, reçoit un nouvel appui de l'exposition des faits recueillis par le docteur Jacquez. Presque toujours, dit-il, quand la fièvre typhoïde envahissait une commune, elle se communiquait des malades à ceux qui les soignaient ou qui les visitaient. Elle ne sortait d'une maison qu'après avoir atteint toutes les personnes qui étaient susceptibles de la contracter, et il était extrêmement rare que les habitants d'un même logement fussent malades en deux temps séparés par un espace de plus de quinze à vingt jours. Assurément, ajoute M. Jacquez, la maladie est toujours contagieuse, mais elle ne l'est pas au point qu'il suffise toujours d'aborder un malade pour en être atteint ; d'ailleurs, la contagion est sans doute moins puissante dans un cas léger que dans un cas grave, auprès d'un malade entouré de tous les soins de l'hygiène qu'auprès de celui qui ne reçoit pas ces soins. Puis il est des immunités beaucoup plus nombreuses qu'on ne le pense : beaucoup de personnes ne sont pas susceptibles de contracter l'affection typhoïde, beaucoup d'autres l'ont eue à une époque antérieure sans le savoir ; et si dans les grandes villes la contagion est moins évidente que dans les petites localités, c'est que les soins hygiéniques y sont mieux entendus, que les visiteurs y sont moins nombreux, les relations des malades avec les personnes atteintes moins faciles à constater, etc. J'ajoute, dit M. le rapporteur, que des faits bien observés ne laissent aucun doute sur la faculté contagieuse de l'affection typhoïde dans les grandes villes. Et parmi les plus concluants, il faut placer ceux qu'a exposés dans une des dernières séances M. Gaultier de Claubry. Comment concevoir d'ailleurs une affection qui serait contagieuse à Tours et qui ne le serait pas à Paris ?

Les récidives occupent aussi l'auteur du mémoire. Dans sa pensée, ces récidives ne sont pas très-rares, mais les faits sur lesquels il se fonde ne paraissent pas très-concluants à M. le rapporteur, qui rappelle toutefois qu'il a observé avec deux de ses collègues le seul exemple bien constaté d'une double attaque d'affection typhoïde. Il s'agit d'un jeune homme de 15 ans, bien développé, d'une excellente santé habituelle,

qui fut pris, en janvier 1842, d'une affection typhoïde dont le diagnostic ne laissait rien à désirer et qui dura vingt jours environ. La seconde attaque eut lieu en avril 1843, dura aussi longtemps que la première, fut caractérisée par les mêmes symptômes, eut la même gravité ; en sorte qu'aucun doute ne peut s'élever sur la réalité de la double attaque dont fut atteint le malade dont il s'agit à une époque où l'affection typhoïde régnait à Paris d'une manière épidémique.

Le traitement prophylactique du docteur Jacquez est fort simple : il consiste à empêcher les communications des personnes bien portantes avec les malades et à placer ceux-ci dans des chambres vastes et bien aérées.

Quant au traitement curatif, l'auteur passe successivement en revue la saignée, les purgatifs et les vomitifs. Il préfère ces deux derniers moyens à la saignée. Il fait aussi la part de l'opium qu'il croit utile dans les complications ataxiques. Mais ces applications n'ont rien de rigoureux ; l'auteur indique sa manière de voir, sa pratique, sans chercher à démontrer qu'elle mérite la préférence sur les autres. Il en est tout autrement de l'application du froid extérieur. Sur ce point, l'auteur entre dans de nombreux détails, il pose les indications et les contre-indications ; il étudie l'action du froid sur la mortalité en général et sur plusieurs symptômes de la maladie en particulier. Suivant M. Jacquez, les lotions froides sont peu énergiques ; les affusions et les bains offrent des difficultés, et par ces raisons il ne les a pas employés. Il leur préfère l'application d'une serviette imbibée d'eau à 7 ou 8° +0 R. sur le ventre et sur le front, qu'on renouvelle tous les quarts d'heure ou toutes les demi-heures. Cette manière d'appliquer le froid est précieuse, dit-il, en ce qu'on peut l'employer partout, et elle est préférable à l'application de la glace, qui est douloureuse, difficilement supportée et augmente le délire qu'elle est appelée à combattre. A part un refroidissement notable, chose rare dans le cours de l'affection typhoïde, l'auteur ne connaît aucun symptôme, aucune complication qui s'oppose à l'emploi des applications et des boissons froides, car jamais alors ces applications n'aggravent les lésions des organes respiratoires. Il ne consulte, pour l'emploi de ces moyens, que le degré de chaleur des parties sur lesquelles l'application doit être faite.

M. le rapporteur se livre ici à un examen détaillé et à une discussion approfondie de la méthode de M. Jacquez et des faits qu'il invoque en sa faveur. Si la commission, dit-il en terminant, est entrée, au sujet du traitement, dans des détails aussi nombreux, c'est que le talent de l'auteur donne confiance dans ses assertions, qu'elle désirait se former à cet égard une conviction et faire passer cette conviction dans vos esprits. Cette conviction, elle n'a pu l'acquérir, et il lui semble d'autant plus difficile de l'avoir, que le traitement par les applications froides n'a pas été fait régulièrement, à beaucoup près ; que le plus ordinairement il a été incomplet, suivi avec régularité pendant un petit nombre de jours, et qu'il est difficile, quand on n'y est pas invinciblement forcé par les faits,

d'accorder une grande puissance à un traitement incomplet ou fait pendant trop peu de temps. L'avenir confirmera peut-être les assertions de l'auteur; mais de nouveaux faits sont nécessaires pour les justifier.

La commission n'en persiste pas moins dans le jugement qu'elle a porté au commencement de son rapport; elle voit dans le mémoire qui en est l'objet l'ouvrage d'un médecin habile, de beaucoup d'instruction, et dont les conseils peuvent également éclairer l'autorité et rassurer les populations au milieu desquelles il se trouve. La commission propose en conséquence : 1° d'adresser une lettre de remercîments à l'auteur; 2° de l'engager à continuer ses recherches dans le même esprit qui a présidé à celles qui font l'objet de ce rapport; 3° d'inscrire son nom sur la liste des correspondants nationaux, dont il sera un des plus éclairés et des plus dignes. (Adopté.)

SÉANCE DU 22 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Anatomie clastique. — M. Renault lit en son nom et celui de MM. Duméril, Blandin, Girard, Barthélemy et Bouley jeune, un rapport sur le modèle de cheval exécuté par M. Auzoux d'après les procédés de l'anatomie clastique.

Tout a été dit dans cette enceinte, dit M. le rapporteur, sur la nature, le but et l'utilité de l'anatomie clastique. Je n'ai donc point à répéter les éloges et les observations générales dont elle a été l'objet lors des divers rapports qui vous ont été lus; j'arrive de suite à l'appréciation particulière de l'œuvre nouvelle mise sous vos yeux par M. Auzoux, et je m'empresse de dire que si, dans l'exécution de cette difficile entreprise, il n'a pas atteint tout d'abord le degré de perfection auquel il est arrivé dans ses précédentes compositions, il en est arrivé assez près pour que la commission n'hésite pas à recommander d'une manière toute spéciale à votre attention et à vos suffrages ce premier essai d'application à un grand mammifère des ingénieux moyens de l'anatomie clastique.

Le modèle dont il s'agit est celui d'un très-petit cheval : il a 1 mètre 16 centimètres de hauteur, sa longueur est régulièrement proportionnelle : son attitude est celle du repos forcé. Il est représenté dépouillé de son enveloppe cutanée; mais les muscles peaussiers ont été conservés, et lorsque ceux-ci sont enlevés, son aspect général est celui d'un écorché sur toute la périphérie duquel sont accusés avec leur saillie, leurs rapports, et leur teinte admirablement conservée, tous les muscles superficiels du corps.

Sur le modèle de M. Auzoux, l'une des moitiés latérales, celle de droite, ne forme qu'une seule masse sur laquelle se dessine l'écorché de ce côté avec muscles, aponévroses, vaisseaux, nerfs et parties osseuses superficielles : sur l'autre, représentant aussi à sa surface la seconde moitié de l'écorché, chacun de ces muscles peut être successivement détaché et enlevé jusqu'au dernier, de manière à montrer, avec une étonnante exactitude, leur forme particulière, leurs rapports de juxtaposition et de superposition, les vaisseaux ou les nerfs qui les croisent ou les péné-

trent, leurs attaches aux différentes parties du squelette. — Et quand tous ces muscles, petits et gros, ont été ainsi enlevés un à un, on peut voir non moins distinctement les ligaments divers des articulations, les cartilages de prolongement de certains os, et, notamment, les toiles ou cordes épaisses de ce tissu fibreux jaune, si rare et si peu développé dans l'homme, si abondant dans les grands herbivores, ici interposé entre les muscles cervicaux droits et gauches, partant des vertèbres dorsales, s'attachant à l'occiput, et soutenant la tête par sa grande force de résistance, en même temps qu'il lui permet les mouvements les plus étendus par sa remarquable élasticité, là formant une large couche sous les muscles des parois inférieures du ventre, où il supporte le poids énorme des viscères abdominaux, tout en se prêtant, par son expansibilité, à la dilatation quelquefois fort considérable que prennent momentanément l'estomac et les intestins, même dans l'état physiologique; circonstance d'organisation qui n'est pas sans intérêt dans l'étude de l'anatomie comparée, et que, pour cette raison, il faut savoir gré à M. Auzoux d'avoir indiquée et si bien reproduite.

La représentation qu'a faite M. Auzoux, de l'ongle du cheval et des organes d'élasticité et de sécrétion qu'il renferme, si elle ne répond pas tout à fait aux exigences des vétérinaires, suffit du moins pour donner une idée assez exacte et précise de la structure aux personnes qui se borneraient à l'étude générale de l'anatomie comparée.

A quelques modifications près, faciles à opérer dans la direction, la grosseur et la position relative de certaines artères ou veines principales et de quelques branches nerveuses, l'angéiologie et la névrologie ont été exactement reproduites.

Disons pourtant que la représentation des centres nerveux eût été rendue plus complète, si, découvrant toute la longueur de la moelle épinière, comme il a découvert le cerveau, M. Auzoux eût ainsi permis de les comparer l'une à l'autre et de constater ce fait si digne d'attention, que, tandis que dans l'homme la masse du système nerveux encéphalique est relativement bien plus considérable que celle du cordon spinal, dans les herbivores, le cheval surtout, c'est au contraire ce dernier dont le développement est beaucoup supérieur à celui du cerveau. On comprend tout ce que la mise en évidence de différences anatomiques d'une importance aussi fondamentale ajouterait à l'intérêt que présente déjà la pièce dont j'ai l'honneur d'entretenir l'Académie.

Ce qui ajoute à la valeur scientifique et au mérite d'exécution de la partie de l'œuvre que nous cherchons à analyser, c'est qu'après avoir pu embrasser d'un seul coup d'œil, suspendus, groupés et maintenus dans leur place, tous les importants viscères que contiennent le thorax et l'abdomen, on peut les détacher un à un, comme on fait des muscles, pour en examiner et connaître la configuration particulière; on peut même, au moyen de coupes qui ont été pratiquées exprès, pénétrer dans l'intérieur de quelques-uns d'entre eux et étudier les circonstances d'organisation plus spécialement intéressantes qui les distinguent. C'est ainsi

qu'une coupe de ce genre et une préparation bien faite de l'estomac permettent de reconnaître les deux aspects si différents que présente la muqueuse du ventricule, suivant qu'on l'examine dans les sacs droit et gauche ; c'est ainsi qu'en voyant le mode d'insertion de l'œsophage presqu'au milieu de la petite courbure de ce même viscère, la disposition et l'épaisseur considérable de la membrane charnue gastrique autour de cette insertion, on comprend comment la contraction de cette membrane, loin d'être une des causes principales ou seulement une des puissances auxiliaires du vomissement, est au contraire un obstacle insurmontable à son accomplissement.

Des préparations analogues ont été faites pour le cœur, dont elles font bien voir les cavités ; pour les poumons, de la structure desquels elles donnent une idée très-heureuse.

M. le rapporteur exprime le regret que M. Auzoux n'ait pas pratiqué de pareilles coupes sur quelques autres organes dont les distributions intérieures et la texture profonde, sans présenter peut-être une aussi grande importance, n'en sont pas moins fort curieuses à bien voir.

Après avoir signalé encore quelques détails importants, et indiqué quelques lacunes qu'il croit de nature à pouvoir être réparées, M. le rapporteur termine en ces termes :

Quant à préciser le degré d'importance que doivent avoir ces préparations dans l'étude de l'anatomie du cheval, il est évident, comme l'ont dit les divers rapporteurs qui vous ont entretenus de l'anatomie clastique, qu'elles ne sauraient, dans aucun cas, tenir lieu et dispenser les élèves des dissections. Mais, dans l'enseignement vétérinaire, il est une foule de circonstances où il est utile de rappeler aux élèves certains faits, certaines dispositions anatomiques qu'il n'est pas toujours possible de démontrer sur des cadavres qu'on ne saurait avoir à chaque instant sous la main convenablement préparés ; mais il est un grand nombre de personnes qui se livrent à la production ou à l'éducation du cheval, des éleveurs, des officiers de cavalerie et des employés dans les haras, qui n'ont besoin que d'avoir des idées générales de son organisation, et à qui il serait bien difficile, soit de se procurer des animaux morts, soit, et surtout, de pouvoir disséquer ; il en est même parmi elles à qui ce genre d'étude répugne singulièrement ; enfin, il est des hommes dont la vaste intelligence, dont l'esprit élevé et philosophique aime à faire surgir de grandes idées de l'examen comparatif de l'organisation animale étudiée sur toute l'échelle des êtres, et qui, s'il est vrai qu'ils n'en doivent pas trouver le fondement dans les enseignements que peut leur fournir la vue de pièces d'anatomie artificielle, peuvent du moins y trouver la raison première d'investigations qui, plus tard, les conduiront à d'importantes vérités. Qui donc hésiterait à reconnaître l'incontestable utilité de l'anatomie clastique du cheval dans ces diverses circonstances ?

En conséquence, votre commission vous propose :

1° D'adresser de nouveaux remercîments à M. Auzoux pour cette nouvelle et intéressante communication ;

2° De l'inviter d'une manière très-pressante à persévérer dans l'excellente direction qu'il vient d'ouvrir à ses travaux ;

3° D'appeler sur ces préparations l'attention du gouvernement, en l'invitant à les répandre dans tous les établissements où l'on s'occupe de l'étude du cheval. (Adopté.)

Fièvre typhoïde. — M. Castel : Un de nos collègues a mis en présence deux ennemis irréconciliables : le *distinguo*, vieux potentat qui a régné dans les anciennes écoles avec tout l'arsenal de l'ergoterie, et l'absolu, despote sans frein. M. Rochoux a pris parti tantôt pour l'un, tantôt pour l'autre : dans la séance du 1er, il a fait valoir les avantages des distinctions introduites dans la science ; dans la séance qui a suivi, il a proclamé la domination de l'absolu. A cette occasion, il a fait un appel à ses fidèles atomes, à la constance, à l'indépendance de leurs combinaisons. *Tout est absolu* : notre collègue a-t-il voulu dire que les mêmes agents produisent les mêmes phénomènes ? que les corps ont des propriétés et des attributs ? Vérités triviales que personne ne conteste ! J'oserai même ajouter qu'il n'y a jamais d'anarchie dans la nature ; mais l'uniformité dans les produits, les rapports entre les effets et les causes ne suffisent point pour constituer l'absolu. L'essence de l'absolu, si on le considère comme une cause primordiale, consiste dans une puissance invariable, qui n'a besoin ni de circonstances accessoires, ni de moyens auxiliaires, qui n'admet ni des modifications, ni des nuances, ni des degrés. Où la trouverons-nous ? dans le monde physique ? Le fluide électrique possède un immense pouvoir : s'exerce-t-il également quand l'atmosphère est humide et quand elle a beaucoup de densité ?

Si tout est absolu dans l'économie animale, d'où vient que lorsqu'un sens s'éteint les autres font leur profit de la portion de sensibilité qui lui était dévolue ! Est-ce dans l'ordre moral que nous trouverons l'absolu ?.... *ainsi que la vertu, le crime a ses degrés....* Dans l'hypothèse de l'absolu, à quoi servirait l'éducation ? Toutefois, s'il existait, ce ne serait que dans l'état normal ; il ne faudrait point le chercher dans les anomalies. Or c'est dans une question de pathologie que la prescription de l'absolu a été proposée. Les considérations qui, dans l'étiologie, la séméïotique, la thérapeutique, se rapportent à l'âge, au sexe, au tempérament, aux prédispositions, aux éventualités, ne sont-elles point une exclusion de l'absolu ? — J'arrive à un sujet plus sérieux.

Il y a quelque chose de physiologique dans la perplexité que les praticiens les plus exercés éprouvent lorsqu'ils voient une fièvre sans phlegmasie manifeste persister au delà du deuxième jour. Ils ont acquis la certitude qu'une réaction de quelques heures n'a pas suffi pour dompter un agent délétère et que la lutte qui a commencé n'admettra aucune trève avant son dénouement. Dans les intervalles qui séparent les accès d'une fièvre intermittente, l'organisme répare ses forces. Si les fonctions ne sont pas revenues à leur état normal, elles ont du moins recouvré une partie de leur équilibre, à la suite d'un surcroît d'activité dans les sécrétions et les excrétions. Si l'issue de chaque accès n'est qu'une victoire

passagère et incomplète, il prépare une guérison spontanée, ou il rend plus facile et plus fructueuse l'intervention de la médecine. Il en est autrement dans une fièvre continue : la réaction est moins vive et ses résultats se font attendre davantage. Ce n'est pas seulement à l'inertie ou au peu d'énergie de la réaction que doit être attribuée la lenteur avec laquelle les fièvres continues parcourent leurs périodes ; cette lenteur vient principalement du ferment fébrile, qui a plus de vénénosité, qui est plus oppresseur (pardonnez-moi ces expressions) dans la continue que dans l'intermittente. Je ne dirai point avec *Torti* que, dans la première, il est devenu un des éléments du sang, tandis que, dans l'autre, il n'y a pas pénétré, distinction à mon avis fort subtile ; mais il est plus difficile à expulser, et cette expulsion exige plus de travail, des moyens plus compliqués. En effet, si les exanthèmes, les abcès ne sont pas exclusivement propres aux continues, ils interviennent dans ces fièvres plus souvent que dans les intermittentes. Ils sont aussi une excrétion qui porte au-dehors la matière morbifique. Aussi les fièvres accompagnées d'exanthèmes sont-elles plus transmissibles que les fièvres qui en sont exemptes. Il ne suit point de là que celles-ci ne se communiquent jamais ; cette induction renfermerait deux hypothèses : la première, que les émanations qui se font par la peau sont les seules qui d'un corps malade puissent passer dans un corps qui ne l'était point ; la deuxième, que, lorsque dans une fièvre il existe un principe contagieux, il ne reste jamais *intrà muros*.

Dans le dessein de prouver que la contagion est inhérente à certaines fièvres, et contrairement à l'opinion que j'avais émise sur son existence, toujours relative, jamais absolue, soit dans le typhus, soit dans les autres fièvres, un de nos collègues a cité la contagion de la variole : ce rapprochement est fort hétéroclite. Poussé à des conséquences extrêmes, il placerait sur la même ligne toute inflammation aiguë et toute affection fébrile, la pneumonie, par exemple, et les fièvres dites essentielles. La variole a pris place entre les maladies virulentes avant de trouver place dans le cadre des fièvres. La fièvre qui la précède cesse ou se modifie dès que l'éruption est accomplie. L'éruption reste contagieuse après la cessation ou pendant l'interruption de la pyrexie. L'élément contagieux est donc dans le virus. Plusieurs affections cutanées, exemptes de fièvre, sont éminemment contagieuses. Ce n'est point en considérant la variole comme une maladie fébrile qu'on découvrira comment elle est contagieuse ; pour reconnaître des analogies et des contrastes, il faut la considérer comme maladie éruptive. Si les fièvres, même celles qui sont accompagnées d'une éruption, sont moins contagieuses que la variole, on doit l'attribuer : 1° à ce que l'infection variolique rencontre une prédisposition constitutionnelle ; 2° à ce que tous les exanthèmes n'ont pas le même degré de malignité (1) ; toutefois, ils attestent la présence d'un ferment septique qui s'est développé dans le corps ou qui s'y est

(1) *Diversus autem in his petechiis malignitatis gradus observatur....* Van Swieten.

introduit. Qu'il soit issu d'un marais ou d'une prison, qu'il soit le produit d'une mauvaise alimentation, toujours est-il qu'une altération du principe excitateur en sera la conséquence immédiate.

C'est par un surcroît de septicité dans ce ferment que le typhus est, non exclusivement, mais plus contagieux que les autres genres de fièvre. Il existe entre tous une étroite connexité sous le rapport des causes et des phénomènes. Sous le rapport des causes, la plus commune de toutes est la diminution de la contractilité ; elle est le prélude de toutes les fièvres qui ne dépendent point d'une phlegmasie locale et circonscrite. Sous le rapport des phénomènes, tels que la chaleur, la céphalée, l'accélération du mouvement du sang, est-il besoin de faire remarquer que les diverses fièvres diffèrent d'autant moins entre elles, quant au symptômes et quant aux lésions que l'autopsie révèle, qu'elles sont plus redoutables? Et, par exemple, entre les fièvres qui ont de la malignité, serait-il possible d'en désigner une dans laquelle ne se rencontrent jamais ni proéminence dans les follicules muqueux, ni taches rouges dans le canal intestinal, ni engorgement des glandes mésentériques ? Je cherche vainement des caractères tranchés qui séparent le typhus de la prétendue typhoïde. Admettre dans l'un un principe contagieux et le contester à l'autre, c'est oublier que ces deux fièvres ne diffèrent que sous le rapport du degré d'altération dans les liqueurs animales et du plus ou moins d'intensité dans les phénomènes. Hildenbrandt a dit du typhus que, dans sa première période, il laissait voir les symptômes d'une fièvre bilieuse. On est autorisé à le dire aussi de la typhoïde ; on est autorisé à le dire des autres fièvres. Dans presque toutes, la sécrétion de la bile est troublée la première. Pourquoi ? Parce que les fonctions du foie s'exécutent plus difficilement que celles de la plupart des autres viscères. L'influence de l'atonie est plus prompte sur le foie ; aussi ces maladies sont plus fréquentes dans les climats chauds. Dans toutes les fièvres, des symptômes gastriques se manifestent. Pourquoi ? Parce que la diminution de la tonicité exerce beaucoup d'influence sur l'absorption. Les viscères possèdent moins de contractilité que les muscles. En appréciant cette différence, on concevra comment, dans une maladie, le danger est d'autant plus grand que le système musculaire est frappé d'impuissance. Voyez combien il est facile de rendre raison même des phénomènes pathologiques ; elle n'exige qu'une condition : comprendre l'organisme.

En résumé, la contagion est subordonnée à la nature des émanations qui sortent d'un corps malade. Le genre de fièvre étant le même, les émanations varient selon le lieu, la saison, le climat, et aussi selon la période à laquelle la fièvre est arrivée. L'influence des émanations sera plus ou moins active, selon l'âge, l'idiosyncrasie et les dispositions de l'individu qui les reçoit ; d'où il suit :

1° Qu'une fièvre qui n'est pas contagieuse aujourd'hui pourra devenir contagieuse demain ;

2° Que, dans le cours d'une fièvre, l'élément contagieux peut naître, se développer spontanément dans le corps du malade ;

3° Qu'il peut être communiqué à une partie des assistants, les autres restant sains et saufs.

La contagion suppose toujours l'infection, tandis que l'infection n'est pas toujours suivie de contagion. C'est des fièvres seulement, et non des maladies en général, que j'ai osé dire : Il n'en est aucune qui soit toujours contagieuse , il n'en est aucune qui ne le soit jamais.

M. Gaultier de Claubry : Notre collègue M. Rochoux a établi une distinction fondée sur les caractères du délire qui seraient différents, suivant lui, dans le typhus et dans la fièvre typhoïde ; sur les caractères de l'exanthème, sur la durée des deux maladies, et enfin sur l'anatomie pathologique. A l'égard du délire, on ne trouve rien dans les auteurs qui puisse servir de base à une opinion ; car, soit dans les dictionnaires, les compendium ou les traités généraux, ils se copient tous les uns les autres. J'ai dû, en conséquence, me borner à consulter les ouvrages cliniques, où j'ai trouvé, en faisant le relevé des observations consignées dans l'ouvrage de M. Chomel, que rien n'était moins constant que les caractères du délire dans la fièvre typhoïde. Chez un certain nombre de malades, la typhomanie ne consiste qu'en un délire tranquille, en rêvasseries, tandis que chez d'autres on a constaté un délire agité, bruyant, avec efforts pour sortir du lit. Jai consulté l'ouvrage de M. Louis, et j'ai constaté les mêmes observations. Il en résulte donc qu'on ne peut pas assigner un genre de délire particulier à la fièvre typhoïde, et qu'on ne peut par conséquent baser sur ses caractères une distinction avec le délire du typhus.

Relativement à l'éruption, les auteurs confondent souvent les taches rosées avec les pétéchies ; ce qui a dû contribuer à induire M. Rochoux en erreur dans la distinction qu'il a voulu établir entre ces deux éruptions. Il est de fait que les éruptions rosées existent dans le typhus comme dans la fièvre typhoïde, et que celle-ci présente souvent aussi des pétéchies comme le typhus. Dans la fièvre typhoïde, il peut y avoir d'ailleurs éruption très-abondante sans que cette éruption soit en rapport avec la gravité de la maladie ; elle ne constitue pas par conséquent un caractère essentiel de la maladie. Je me suis rendu tout récemment, sur l'invitation de M. Rostan, à l'Hôtel-Dieu, où ce professeur m'a fait voir un malade typhoïde couvert d'une éruption des plus abondantes, bien que sa maladie fût des plus légères. J'ai consulté encore l'ouvrage de M. Chomel, et il résulte pour moi, du relevé qu'il a fait des taches, de leur fréquence, de leur époque d'apparition, etc., qu'elles ne diffèrent en rien des taches du typhus.

Quant aux lésions anatomiques, je reconnais avec M. Rochoux qu'on examinait peu ou pas les cadaves sous ce rapport en 1811. Mais il a été fait depuis des recherches qui ne laissent rien à désirer à cet égard, et je rappellerai l'opinion de M. Cruveilhier, que j'ai déjà cité, et qui affirme avoir ouvert, de 1810 à 1814, un grand nombre de sujets morts de typhus et avoir constaté des lésions parfaitement identiques à celles qui ont été décrites depuis comme constituant les caractères anatomiques

de la fièvre typhoïde. Je ne vois pas dès lors, puisque les altérations sont les mêmes, que les symptômes et la marche de la maladie sont les mêmes, qu'on puisse sérieusement contester l'identité de ces deux affections.

Je ne reviendrai pas sur la question de contagion, à l'égard de laquelle je conserve les mêmes convictions ; je ne pourrais que répéter ce que j'en ai déjà dit.

M. Honoré : La contagion de la fièvre typhoïde n'est qu'un fait tout à fait exceptionnel. On ne peut pas émettre en principe que cette maladie soit contagieuse.

M. Desportes ne croit pas non plus à la contagion de la fièvre typhoïde.

SÉANCE DU 31 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Effets de la foudre. — M. Renauldin lit une note sur les effets de la foudre qu'il a observés récemment à Ville-d'Avray. Un orage violent ayant éclaté au-dessus de Ville-d'Avray, où il avait été appelé pour voir un malade, il s'est mis à en suivre les progrès et à calculer, d'après ses pulsations, l'intervalle de temps qui séparait chaque éclair des détonations à mesure que l'orage paraissait s'approcher. Son pouls battant 65 fois à la minute, chaque intervalle des pulsations équivalant ainsi à peu près à une seconde ; et divisant chacun de ces intervalles en autant de parties qu'il pouvait compter de nombres, afin d'avoir des fractions de secondes, il a pu apprécier de cette manière le temps écoulé entre l'éclair et le bruit, mieux qu'il n'eût pu le faire avec une montre dont les détonations l'eussent empêché d'entendre le tic-tac. Dans un moment où l'éclair et la détonation furent presque instantanés, il n'a pu compter qu'un quart de seconde. La foudre venait de tomber dans ce même moment à une distance de 13 mètres du lieu où il se tenait en observation ; elle était tombée sur un arbre qu'elle avait en quelque sorte broyé, et de là s'était enfouie dans la terre en y pratiquant un trou en forme d'entonnoir. Un homme placé à peu de distance de l'arbre était tombé à l'instant sans connaissance et frappé de paralysie momentanée. Revenu à lui, il a dit n'avoir rien vu ni entendu ; ce qui tendrait à établir que le courant électrique se propage avec plus de rapidité encore que la lumière.

Typhus. — Épizootie. — M. Pariset lit, au nom de M. André, de Vienne, un travail sur le typhus du gros bétail et sur l'inoculation comme moyen d'en arrêter les progrès. Pendant le cours d'une des grandes épizooties de typhus qui ont ravagé récemment le gros bétail dans une partie de l'Allemagne, M. André dit avoir fait des expériences d'inoculation qui tendraient à prouver qu'on pourrait par ce moyen enrayer la marche des épizooties. Se fondant sur l'analogie du typhus avec la petite-vérole, il a pratiqué des inoculations sur des animaux sains avec la salive d'animaux atteints de typhus, et il a déterminé de cette manière des phénomènes morbides analogues, mais d'une bénignité telle, que sur la quantité des animaux inoculés (nous ne nous rap-

pelons pas le nombre) il n'en est mort qu'un seul. Les animaux ainsi inoculés ont été préservés de la maladie. Lorsque l'inoculation a été faite sur des animaux déjà atteints du typhus, elle est restée sans effet. En un mot, l'auteur a observé en tout les plus grands rapports entre les phénomènes déterminés par l'inoculation du typhus et ceux qui suivent l'inoculation de la variole.

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Rayer, Bouley et Renault.

Climat de la France. — M. Fuster lit un travail intitulé : *Coup d'œil sur les grandes révolutions du climat de la France.*

M. Fuster établit dans ce mémoire, d'après une série de données météorologiques et historiques, que le climat de la France, depuis les temps les plus reculés, a subi et continue à subir de grandes vicissitudes. Ces changements peuvent être rapportés, suivant l'auteur, à deux grandes périodes, l'une d'amélioration, l'autre de détérioration, ayant chacune environ neuf siècles de durée et comprenant toute l'histoire du climat de la France, depuis les premières années de l'ère chrétienne jusqu'à nos jours. M. Fuster nous montre successivement la Gaule, au temps de la conquête de Jules César, éprouvant un froid excessif, des pluies diluviales et de violentes vicissitudes ; son climat s'adoucissant pendant les premières années de l'ère chrétienne, devenant à la fois plus chaud, moins pluvieux, plus égal et moins agité, et cette amélioration se continuant progressivement pendant les VIe VIIe et VIIIe siècles ; l'amélioration cessant au IXe siècle et faisant place à une détérioration qui, comme l'amélioration, s'opère par degrés et de proche en proche en descendant du nord vers le midi, c'est-à-dire en suivant une direction contraire à celle qu'avait suivie l'amélioration. L'auteur signale enfin les causes et le concours d'influences qui semblent avoir amené successivement ces deux grandes transformations dans les conditions atmosphériques de la France. Une heureuse transformation de la surface du sol, sous un concours d'influences privilégiées, aurait amené les améliorations des neuf premiers siècles, comme une transformation en sens inverse, sous un concours d'influences désastreuses, a opéré, depuis, les détériorations des derniers siècles.

Cet intéressant mémoire, dont l'Académie a entendu la lecture avec une attention soutenue, se rattache à un travail plus important et complet sur la matière, que notre collaborateur vient de livrer à l'impression, et dont nous aurons occasion prochainement de rendre compte.

---

18. *De la pellagre ;* thèse soutenue, le 17 mai dernier, par M. le docteur Théophile Roussel, devant la Faculté de médecine de Paris.

(Journal de Médecine de M. Trousseau, juillet 1845.)

Nous ne laisserons pas échapper une seule occasion de répéter combien il importe à la médecine française, au XIXe siècle, de rechercher les études épidémiologiques et d'embrasser dans ses investigations cliniques le globe entier, si la chose est possible.

C'est, avons-nous dit plusieurs fois, le seul moyen de sortir de l'étroite pathologie qu'on nous a fabriquée dans les amphithéâtres et qu'engendrent toujours plus ou moins dans les capitales le voisinage à la fois si utile et si dangereux des laboratoires et la despotique influence des sciences accessoires. Si, dans ces circonstances, un grand médecin n'est pas là pour imprimer à la science de l'homme un mouvement capable de l'entraîner hors de la sphère d'attraction des physiciens et des chimistes, on n'observe plus la nature : on la fait, on la contrefait, et ce qu'on lui arrache dans cet état n'a point de nom. Pour en tirer quelque parti, il faut que, plus tard, la médecine, relevée et indépendante, vienne reconnaître et emporter son bien.

L'étude des endémies et de tout ce qui forme le domaine de la géographie médicale présente, sous le rapport que nous envisageons, le même avantage que les épidémies. Voilà pourquoi nous applaudissons hautement aux travaux qui se font jour depuis quelque temps sur une maladie très-digne d'attention, la pellagre. L'Académie de médecine paraît vouloir s'en occuper, et avant qu'elle ne s'y intéressât, M. Théophile Roussel nous donnait sur ce sujet une thèse excellente.

Qu'est-ce que la pellagre? D'après son nom, une maladie de la peau. Mais, direz-vous avec moi, c'est un nom populaire auquel il ne faut pas attacher d'importance pathologique. Il ne signifie rien par lui-même, et dès lors c'est un nom parfait. Il s'est pourtant trouvé un médecin plus exact qui a proposé de remplacer *pellagre* par *dermatagre !*..... Le mot n'a pas été pris au sérieux, mais la chose, la maladie n'en a pas moins été accaparée par les dermatographes. Pour Alibert, c'est une icthyose, l'icthyose-pellagre. Bateman et Biett ne savent qu'en faire. Ils l'excluent de leurs cadres ; mais comme on ne sait pas ce qui peut arriver, ils la gardent toujours dans les maladies de la peau, sous prétexte qu'il y a dans cette affection des taches érysipélateuses sur le dos des mains, etc. Alors, adjugez-vous la fièvre typhoïde parce

qu'elle a des taches sur le ventre, et le scorbut, parce qu'il en a partout.

Mais ne nous arrêtons pas à ces petitesses; laissons M. Th. Roussel tracer un tableau général de la pellagre qui puisse en représenter fidèlement la physionomie à nos lecteurs et leur permettre de reconnaître la maladie, si jamais elle se présentait à eux.

Et d'abord, disons que la pellagre est :

1° Endémique, c'est-à-dire exclusivement propre à certaines contrées;

2° D'une durée fort longue et qui n'est pas moindre de plusieurs années, quelquefois de huit ou dix ans ;

3° Incurable.

On peut diviser en trois groupes bien distincts les phénomènes de la pellagre : 1° phénomènes nerveux ; 2° gastriques ; 3° cutanés. Elle présente aussi trois périodes dans lesquelles on retrouve le plus ordinairement ces trois groupes de phénomènes à des degrés de plus en plus graves.

Son début peut avoir lieu par l'un ou l'autre des groupes de phénomènes. Toutefois, cette déclaration formelle de la maladie a toujours des prodromes ou un temps d'incubation marqué soit par un affaiblissement croissant, soit par des dérangements variés des fonctions digestives.

Au reste, ces symptômes ou, si l'on veut, ces prodromes de la maladie, en raison de leur marche insidieuse et lente, restent le plus souvent inaperçus, jusqu'au moment où les premières chaleurs du printemps, imprimant à l'économie du pellagreux une brusque secousse, font éclater l'éruption cutanée, escortée presque toujours de quelques troubles dans l'innervation.

« *Première période.* — 1° *Symptômes cutanés.* — La plupart des auteurs ont placé le début de la pellagre à l'équinoxe du printemps; alors, en effet, ses traits se dessinent, et l'érythème pellagreux germe, pour ainsi dire, sous l'influence des rayons solaires. Les caractères qu'il offre à sa première apparition sont les suivants : des plaques ou des taches de grandeur variable, d'une rougeur qui va du rose au rouge sombre, disparaissant en général sous le doigt comme un érythème, et quelquefois d'un aspect érysipélateux, se montrent sur les points du tégument exposés habituellement au soleil, sur le dos des mains et des pieds, aux avant-bras, sur la région sternale, et parfois, mais rarement, sur le front, les joues, au pourtour des orbites.

« D'après Gherardini et Albera, cette éruption serait accompagnée d'un prurit brûlant; mais ces auteurs n'ont peut-être

pas bien traduit la sensation éprouvée par les malades, laquelle, suivant Strambio, serait celle de la cuisson, et jamais un prurit véritable, à moins qu'il n'y eût complication d'une autre affection cutanée. Il est remarquable que la sensation dont il s'agit est toujours exaspérée par l'insolation.

« L'insolation n'est cependant pas toujours nécessaire à l'apparition de l'érythème pellagreux, ainsi que les dernières recherches de M. Calderini en fournissent la preuve.

« Assez souvent les plaques rouges se recouvrent de vésicules ou de bulles irrégulières contenant une sérosité jaunâtre ou roussâtre. En général, au bout d'un temps variable, l'épiderme des parties altérées se détache et tombe en lames furfuracées.

« D'autres fois, et Strambio regarde ces cas comme les plus fréquents, la peau des régions exposées au soleil brunit plutôt qu'elle ne rougit, se dessèche, et son épiderme tombe, sans apparence de phénomènes phlegmasiques.

« 2° *Symptômes nerveux.* — Tandis que le tégument externe s'affecte ainsi, les malades éprouvent en général une faiblesse et une répugnance au mouvement plus grandes que de coutume; la tristesse se peint sur leurs visages; ils se plaignent assez souvent de tintements d'oreille, et ils s'exposent sans précaution au soleil : il est rare qu'ils n'éprouvent point de vertiges et d'autres accidents nerveux intenses.

« J'ai déjà dit qu'on a vu les vertiges précéder l'éruption cutanée; et parmi les malades soignés à l'hôpital de Legnano, il est fait mention d'un meunier qui fut tourmenté par des vertiges pendant deux années de suite au printemps, et qui, entraîné comme par une force irrésistible, se mettait à courir jusqu'à ce que ses jambes manquassent sous lui. La troisième année, les symptômes cutanés apparurent.

« Quelquefois, et particulièrement chez les individus qui se tiennent à l'abri du soleil, on a vu le printemps passer sans autres symptômes que de la faiblesse et de l'abattement, des douleurs le long du dos, surtout au sacrum et aux extrémités. Ces douleurs spinales, dont je relèverai plus tard l'importance, et que l'on trouve mentionnées fort souvent dans les observations de Strambio, peuvent aussi précéder l'invasion des autres phénomènes.

« Enfin, on a observé des tremblements ou de légères convulsions, et, dans quelques cas, le délire dès la première année.

3° *Dérangement des fonctions digestives.* — Dans la première période de la maladie, les auteurs se bornent en général à dire qu'*il y a des signes dirritation gastrique.* Ils notent souvent

l'inappétence, les fausses faims, les éructations, les nausées, et quelquefois des vomissements, la langue tantôt rouge, tantôt chargée et sale, tantôt enflée ou excoriée, quelquefois la constipation, très-souvent la diarrhée. Fanzago regarde comme des phénomènes plus dignes de mention un sentiment d'ardeur pénible à la gorge ou à l'estomac, un pyrosis qui, suivant cet auteur, ne manqueraient presque jamais, et souvent précéderaient les autres symptômes.

« Strambio note assez souvent la sensation d'érosion à la gorge, des aphthes et des excoriations sur les lèvres et dans la bouche, une saveur amère ou salée, et le ptyalisme. Titius a considéré ces deux derniers symptômes, ainsi que le gonflement de la langue, comme dépendant d'une complication, et M. Brière de Boismont assure également ne les avoir pas rencontrés. Toutefois, si l'on réfléchit que ces symptômes sont mentionnés non-seulement par des observateurs italiens recommandables, mais encore par les auteurs qui ont décrit la pellagre en Espagne et dans le midi de la France, on est forcé de leur accorder une place dans la description de cette maladie. Je dirai plus loin à quoi peut tenir leur absence.

« Après avoir acquis une intensité croissante pendant plusieurs semaines, les symptômes que je viens d'énumérer restent stationnaires et s'atténuent ensuite peu à peu ; souvent même ils disparaissent complètement en arrivant au solstice d'été. On a vu la maladie, enrayée pendant les mois de juillet et d'août, éprouver une récrudescence durant l'automne; mais constamment elle semble cesser dès que l'on approche des froids de l'hiver, en sorte que les malades peuvent se croire guéris, au moins quant aux accidents nerveux et aux lésions cutanées. Mais ce n'est là qu'une trève trompeuse et de courte durée. Il peut arriver qu'après une première attaque, des pellagreux conservent une ou deux années de repos; mais, d'après le peu d'observations de ce genre, on reconnaît que ce repos n'est jamais complet et ne consiste que dans l'absence des lésions cutanées et une atténuation de désordres nerveux, produites par un meilleur régime et par le soin d'éviter le soleil que les malades, suivant la remarque de plusieurs auteurs, savent *être leur ennemi*.

« En général, le printemps nouveau ramène avec lui le nombreux cortége de symptômes que le printemps précédent avait vu naître, et c'est au moment de ce deuxième retour des accidents extérieurs que quelques auteurs font commencer le second degré ou seconde période de la maladie. Le plus souvent cependant, ce n'est qu'après la troisième ou la quatrième attaque que l'on

voit les malades obligés, par l'accroissement de leurs maux, de renoncer aux durs travaux qui sont l'apanage de la classe d'hommes sur laquelle règne la pellagre. Beaucoup de pellagreux résistent même plus longtemps à ces récrudescences annuelles du mal; mais tôt ou tard une époque arrive où les dérangements intestinaux, les désordres nerveux et l'affaiblissement général prennent un tel empire, que le malade est bientôt forcé de suspendre ses travaux habituels.

« C'est à ce terme de la maladie que je place, avec un grand nombre d'auteurs, la fin de la première période et le commencement de la seconde.

« *Deuxième période.* — 1° *Symptômes cutanés.* — A cette époque, l'éruption cutanée n'a presque jamais l'apparence érythémoïde; elle se couvre parfois, sous l'influence de l'insolation, de vésicules, de bulles ou même de pustules dont le liquide en se desséchant forme des squammes et quelquefois de véritables croûtes.

« Le plus souvent la peau devient brunâtre, rugueuse et comme desséchée; l'épiderme, altéré, se soulève sous forme d'écailles plus ou moins ternes et qui laissent voir en tombant une peau luisante et d'un rouge livide. Quelquefois l'altération de cette membrane se rapproche de celle du ptyriasis versicolore ou de certaines formes d'ichthyose. Plusieurs auteurs ont comparé la peau des pellagreux, celle des mains et des doigts en particulier, à la peau des pattes de l'oie, et lui ont donné le nom de *peau ansérine*. Chez quelques malades, le front et les pommettes se couvrent de petits tubercules d'un aspect terreux ou semblables à des végétations cornées.

« Lorsque les altérations sont parvenues à ce degré, elles ne disparaissent plus complètement, même pendant l'iver; elles laissent des stigmates indélébiles que l'on a comparés à des cicatrices de brûlures.

« *Symptômes nerveux.* — Une mélancolie profonde s'empare presque toujours des malades: tantôt ils sont d'une tristesse muette effrayante à voir, d'autres fois on les entend gémir sans cesse; ils se plaignent d'une faiblesse excessive, surtout dans les membres inférieurs, et très-souvent d'une ardeur brûlante aux extrémités, particulièrement aux pieds et pendant la nuit; un grand nombre sont sujets à la *diplopie*; ils éprouvent dans la tête des douleurs bizarres qu'ils comparent tantôt à une sensation de flammes; « d'autres fois, dit Strambio, il leur semble avoir dans le cerveau une meule de moulin qui tourne, ou sentir

les battements d'un marteau ; tantôt c'est une cloche qui sonne ou une cigale qui chante, etc.

« Les facultés intellectuelles se troublent et s'affaissent. La pensée du suicide vient souvent tourmenter ces malheureux, et c'est surtout vers l'eau que les dirige cette impulsion fatale.

« Strambio, qui s'est attaché à bien faire connaître tout ce groupe de symptômes nerveux, décrit encore les suivants, qui appartiennnent à la pellagre déjà parvenue à un haut degré d'intensité :

« Gherardini, dit-il, avait observé l'opisthotonos chez un malade qu'il avait fait exposer exprès aux rayons du soleil pour voir les effets qu'ils produiraient sur les mains ; mais ce qu'il n'a pas dit, c'est que ce symptôme est très-fréquent chez les pellagreux, et que les muscles situés derrière le cou et derrière la tête, et ceux des côtés et de devant, éprouvent souvent des contractions involontaires. Tous les médecins sont d'accord que les pulsations sont faibles et petites, mais ils n'avertissent pas qu'elles sont rares et lentes quand les malades sont tristes, qu'au contraire elles sont fréquentes et dures quand le délire est aigu. On avait dit que la vue s'obscurcissait et que quelquefois l'objet paraissait double au malade, sans parler de l'*amblyopie crépusculaire*, qui fait qu'aussitôt après le coucher du soleil le malade n'y voit plus du tout. On avait remarqué la faiblesse des articulations inférieures sans faire bien connaître l'espèce de marche tremblante qui est particulière aux pellagreux ; que dans certains moments les membres inférieurs sont affectés de soubresauts involontaires ; que souvent le délire, ainsi que les autres symptômes, conservent un type tierce ; que souvent les pellagreux ont un mouvement involontaire de la bouche qui imite l'action par laquelle on goûte une liqueur ou l'on mâche quelque aliment, ou bien semblable à celui d'un enfant qui tette. On n'a point dit enfin qu'ils éprouvaient des crampes aux jambes et des spasmes cyniques. Je trouve encore d'autres phénomènes propres à la pellagre dont on n'a point parlé avant moi : tels sont la douleur qui se porte d'une manière toute particulière sur l'épine vertébrale, à la poitrine, au ventre et aux extrémités, attaquant quelquefois tout un côté du corps et laissant l'autre libre (circonstance que je désigne sous le nom d'*hémiopalgie*) ; la puanteur que les pellagreux répandent quand ils tombent dans le délire, la dysurie qui a coutume de présager le délire, et le météorisme du ventre qui précède la mort. »

« Depuis Strambio, la plupart des auteurs n'ont pas attaché une grande valeur à ces phénomènes pris séparément : aucun d'eux, en effet, n'est caractéristique de la pellagre ; toutefois, si

l'on excepte le type tierce qui indique sans doute une complication, les spasmes cyniques et l'hémiopalgie, on est forcé, après avoir rapproché ces observations de celles qui ont été faites dans les autres pays, de leur accorder une mention, et de reconnaître l'exactitude des remarques de Strambio.

« 3° *Dérangements des fonctions digestives.*—Les dérangements des fonctions digestives suivent une progression aussi marquée et en général une marche plus continue que les autres symptômes; ils contribuent puissamment à l'amaigrissement si fréquent chez les pellagreux et à cet affaissement universel de l'organisme dans lequel ces malheureux finissent par tomber. Dans cette seconde période, c'est une diarrhée opiniâtre qui domine ordinairement les autres symptômes digestifs.

A ce degré du mal, lors même que les phénomènes cutanés disparaissent pendant l'hiver, les autres symptômes, et particulièrement la faiblesse, la tristesse, les vertiges, le dévoiement, continuent de se montrer. Chez les femmes, les symptômes pellagreux s'accompagnent alors souvent de ceux de la chlorose; d'autres, au lieu d'être tourmentées par la leucorrhée ou l'aménorrhée, sont sujettes à des métrorrhagies fréquentes; l'avortement est aussi l'apanage du plus grand nombre. Dans cet état cependant, beaucoup d'auteurs reconnaissent que la guérison pourrait encore être obtenue.

« *Troisième période.*— On a constitué un troisième degré ou troisième période de la pellagre en réunissant tous les symptômes graves qui montrent que la maladie est au-dessus des ressources de l'art et de l'hygiène, et qu'elle aura inévitablement et dans un temps peu éloigné une terminaison funeste. Rien n'est triste comme le tableau d'un pellagreux à ces époques avancées : beaucoup sont dégradés par la démence ou par une stupidité complète, et demeurent incapables de la moindre détermination raisonnée; ils inspirent un involontaire dégoût à ceux qui les approchent : leur face est jaune et terreuse, leurs traits souvent effilés ou tirés; ceux qui sont jeunes portent sur leur physionomie l'empreinte de la vieillesse; l'amaigrissement est souvent excessif; on en voit cependant qui conservent jusqu'à la fin un embonpoint flasque et blafard, comme on l'observe chez les fous atteints de paralysie générale. Les émanations de leur corps, et particulièrement les sueurs, ont une fétidité particulière que Jansen comparait à l'odeur du pain moisi, et Strambio à l'odeur des larves de vers à soie à demi pourries dans l'eau.

« La langue est quelquefois sèche et fendillée, quelquefois noire ; d'autres fois la bouche est sans cesse remplie d'une salive

abondante qui s'écoule involontairement ; le pouls est lent, misérable, souvent imperceptible ; les membres inférieurs, infiltrés, sont quelquefois complètement paralysés.

« Lorsque les lésions intérieures sont ainsi parvenues à leur plus haut degré, la peau peut présenter des caractères analogues à ceux de l'*ichthyose* ou de l'*éléphantiasis ;* l'épiderme, considérablement épaissi, forme autour des doigts une espèce d'étui brunâtre et desséché ; la peau est sillonnée assez souvent par des fissures, des crevasses et des ulcérations que la malpropreté envenime et rend hideuses à voir : c'est dans ces cas qu'on rencontre ces croûtes épaisses qui, suivant l'expression de M. Jourdan, ont une certaine ressemblance avec celles des lépreux. Quelquefois la peau prend une teinte presque noire ; fait observé non-seulement par les Italiens, mais aussi par Casal, comme on a pu le remarquer.

« *Terminaison.* — Dans cet état, les malades ne tardent pas à succomber : tantôt ils sont emportés par des maladies intercurrentes, tantôt par des phlegmasies diverses, et plus souvent par le typhus ou la phthisie tuberculeuse ; parfois il survient une dyssenterie mortelle, ou bien il se déclare un dévoiement séreux et très-abondant que rien n'arrête jusqu'à la mort. Cette diarrhée incoërcible coexiste avec un ensemble de symptômes qui témoignent de l'atteinte profonde que la pellagre a portée aux viscères digestifs, et surtout au foie. C'est ainsi que tous les bons observateurs ont noté l'hydropisie ascite et l'hydropisie générale comme l'une des terminaisons les plus fréquentes de cette maladie ; d'autres fois, on voit les malades dévorés par une fièvre lente que Strambio a bien décrite, que rien n'explique, suivant cet auteur, et qu'on ne peut modérer jusqu'à l'agonie.

« Dans certaines conditions qui paraissent tenir aux localités, les symptômes du scorbut viennent compliquer ceux de la pellagre et aggraver encore l'état des malades qui peuvent succomber à cette complication. Titius avait noté que celle-ci, rare à Milan, est commune dans les provinces vénitiennes, où la pellagre a porté assez longtemps, comme on l'a vu, le nom de *scorbut.*

« Enfin, chez quelques individus, et de préférence chez les jeunes et les mieux constitués, la maladie se termine au milieu de désordres plus violents et de réactions plus énergiques de l'économie ; le délire, après avoir laissé jusque-là des moments d'intermission, ne cesse plus ; la fièvre s'allume, et le malade succombe avec les symptômes d'une méningite. C'est encore au même ordre de faits qu'appartiennent ces fièvres nerveuses et ataxiques qui, suivant les auteurs, emportent un certain nombre

de pellagreux, et durant le cours desquelles on voit des mouvements convulsifs alterner avec des lipothymies, jusqu'à ce qu'il survienne un coma dont on ne se réveille plus.

« *Durée.* — Les observateurs s'accordent tous à donner à la pellagre une marche ordinairement lente et une durée très-variable, mais qui est toujours de deux ou trois ans au moins. En général, la première période elle seule, c'est-à-dire le temps où la maladie paraît intermittente et semble disparaître l'hiver et l'été, se prolonge pendant plusieurs années ; mais c'est surtout la pellagre arrivée à la seconde période que l'on voit assez souvent rester presque stationnaire pendant dix, vingt ans, ou même davantage. M. Calderini parle de malheureux observés dans le grand hôpital de Milan, qui auraient vécu soixante ans au milieu des tourments physiques et moraux qu'entraîne à sa suite l'incurable maladie que je viens de décrire. »

Nous voudrions pouvoir ajouter à ce riche tableau symptomatologique celui non moins intéressant de la folie pellagreuse.

Nous verrions ce dernier ordre d'accidents se résumer dans la mélancolie, la lypémanie et la monomanie suicide, celle-ci consistant presque toujours en une propension effrénée que les malades éprouvent à se jeter à l'eau ; enfin, dans la démence, qui est la période la plus avancée de ce triste état.

Le chapitre des complications et des anomalies présente ici, comme toujours, une très-grande importance, car c'est ordinairement dans la marche anormale des maladies qu'il faut aller puiser les meilleures données pour en établir la nature et en fixer les rapports nosologiques. Ainsi, dans quelques contrées, on voit l'un des groupes de phénomènes l'emporter de beaucoup sur les autres. Les symptômes cutanés manquent même quelquefois ou affectent des formes qui pourraient au besoin faire passer la pellagre dans presque toutes les classes anatomiques des maladies de la peau.

L'affaiblissement des malades est quelquefois porté au point de s'accompagner de vastes gangrènes.

Causes. — L'étiologie de la pellagre n'est point la partie la moins importante de son histoire. M. Th. Roussel élimine toutes les causes qu'on pourrait chercher exclusivement dans l'air, les eaux et les lieux, et il résume dans les propositions suivantes tout ce qui paraît contribuer essentiellement au développement de cette affreuse maladie :

« 1° Dans tous les climats, l'usage exclusif d'aliments végétaux est une cause d'affaiblissement physique et intellectuel ;

« 2° Les effets sont moins marqués dans les climats chauds,

et cette différence tient moins à une disposition particulière des organes de l'homme qu'à la richesse plus grande de l'organisation végétale qui fournit une nourriture plus réparatrice ;

« 3° Dans nos climats, l'alimentation exclusivement végétale, quelles que soient les substances qui la fournissent, est absolument impropre au maintien des forces et à l'entretien d'une santé intacte ;

« 4° De toutes les céréales, le froment, celle qui contient le plus de *gluten* et de matériaux azotés, est celle qui convient le mieux à notre climat et qui donne la nourriture la moins affaiblissante ;

« 5° En général, l'usage de cette céréale n'est suivi d'aucun effet morbide appréciable ; elle peut cependant, par suite de quelques altérations, devenir la cause de maladies qu'on a vues régner sous forme épidémique ;

« 6° Après le froment, le seigle est, ainsi que Parmentier l'avait reconnu, la céréale qui convient le mieux dans les contrées froides et tempérées de l'Europe, parce qu'elle s'y altère assez rarement ;

« 7° Toutefois le seigle, peu riche en gluten et en matériaux azotés, devient, par son usage exclusif et longtemps prolongé, la cause d'un affaiblissement considérable ;

« 8° Dans les mauvaises années, lorsque les récoltes souffrent, le seigle produit des accidents qui peuvent acquérir beaucoup de gravité, et constitue la maladie qui a sévi tant de fois sous forme épidémique, et qui est connue sous le nom de *convulsion céréale*, *ergotisme convulsif*, etc. ;

« 9° Lorsque l'altération du seigle consiste dans le développement de l'ergot, les effets morbides qui surviennent chez l'homme ont une forme particulière et présentent les phénomènes connus sous le nom d'*ergotisme gangréneux*, et confondus mal à propos avec ceux de la *convulsion céréale ;*

« 10° Le maïs, la plus féconde de toutes les céréales, est celle qui, dans notre climat, fournit l'aliment le moins azoté. Cette plante, dans laquelle les chimistes n'ont point découvert de gluten, ou n'en ont trouvé qu'une petite quantité, ne donne qu'une nourriture peu substantielle ;

« 11° En deçà du 36e ou du 37e degré de latitude septentrionale, le maïs n'arrive très-souvent qu'à une maturité incomplète. C'est de toutes les céréales celle dont les récoltes sont le plus souvent endommagées et qui supporte le moins les rigueurs de notre climat. Il suit de là que l'alimentation exclusive avec le maïs récolté dans ces conditions est non-seulement très-affai-

blissante, mais qu'elle doit produire des effets morbides qui peuvent, au bout d'une certaine durée de ce régime, acquérir une extrême gravité;

« 12° Il est douteux que le maïs, dans les pays chauds qui conviennent à sa culture, donne lieu à de semblables accidents. Peut-être les produit-il accidentellement, de même que le froment et le seigle dans les régions tempérées et froides ; mais on manque de renseignements à ce sujet ;

« 13° Il est, du reste, bien reconnu que, même dans les régions intertropicales, le maïs ne fournit qu'une nourriture peu réparatrice ; que ceux qui s'en nourrissent à peu près exclusivement tombent dans une notable faiblesse ;

« 14° On peut appliquer au millet et au sarrasin ce qui a été dit du maïs quant aux propriétés nutritives ; seulement, ces derniers mûrissant mieux en général, il est probable que ce n'est qu'accidentellement qu'ils produisent des effets morbides analogues à ceux auxquels le maïs donne lieu à peu près régulièrement.

« Certes, si la vérité dans les sciences d'observation peut se présenter à nous avec un cachet irrécusable, c'est sans contredit lorsqu'un fait étant donné, en l'examinant sous toutes ses faces, dans tous ses rapports, on le voit s'adapter à tous les faits et trouver dans chacun une preuve nouvelle.

« C'est pourquoi je n'hésite point à dire que si la pellagre n'était point reconnue dans les provinces *à maïs*, il faudrait l'y chercher, et que tôt au tard on la trouvera dans les autres provinces où cette céréale forme, pour un nombre plus ou moins considérable d'individus, la base de l'alimentation.

« Il est urgent de donner l'éveil, à cet égard, aux médecins des campagnes, et de réclamer des autorités administratives les mesures capables d'arrêter les progrès d'un mal qui paraît envahissant. Je me ferai un devoir de développer ces propositions. »

Il nous serait difficile de faire aujourd'hui des objections bien motivées à l'opinion étiologique de M. Th. Roussel.

Pourtant, le maïs contient ou ne contient pas de principe toxique analogue, par exemple, à l'ergot du seigle, etc., etc... S'il en contient, nous concevons difficilement que la pellagre ne se manifeste pas à des degrés quelconques chez tous ceux qui en mangent, comme on le voit pour toutes les denrées avariées et malsaines.

Or, on sait que si les habitants de la Bresse, de la Franche-Comté et de la Bourgogne ne se nourrissent pas exclusivement de maïs, ils en consomment au moins beaucoup, et qu'il est dans

ces provinces des cantons misérables où cet aliment l'emporte sur tous les autres et forme la base de la nourriture. Nous ne sachions pas pourtant que la pellagre ait jamais visité ces pays.

Il faut, dira-t-on, des circonstances débilitantes, nombreuses et considérables, pour que les effets funestes du maïs se fassent sentir. Pour qu'ils se fassent sentir avec toute leur intensité, nous l'admettrions encore; mais pour qu'ils se fassent sentir à un degré quelconque, on le croira avec peine.

Maintenant, si le maïs n'agit pas par des propriétés toxiques spéciales, il n'agit que comme aliment insuffisant; et, en effet, on sait qu'il est fort peu réparateur. Mais, dans ce cas, on ne conçoit pas qu'il produise une espèce nosologique aussi distincte que la pellagre. Jamais on ne produira artificiellement cette singulière, toute spéciale et tout incurable maladie, en réduisant un individu à toutes les conditions d'une alimentation insuffisante, quelles que soient les causes de misère qu'on accumule d'ailleurs autour de lui.

Nous nous souvenons d'avoir vu, en 1816 et 1817, les paysans de la Franche-Comté exténués par les privations et la faim. L'usage de végétaux non parvenus à maturité, l'usage presque exclusif d'un mauvais maïs les avait jetés dans des cachexies profondes. Ils étaient languissants, anémiques, infiltrés. Personne n'y a observé la pellagre.

Nous avons bien vu souvent, et surtout dans les années pluvieuses, une production fongueuse, d'un aspect repoussant, et assez analogue à l'ergot, croître sur le maïs ; mais cette excroissance morbide est toujours soigneusement arrachée, elle n'est jamais mélangée au grain, tandis qu'on n'ignore pas que l'ergot et le seigle sont mélangés et vont ensemble au moulin.

D'ailleurs, si le maïs altéré par cette production ou par toute autre cause, dans certaines années, donnait lieu par là à la pellagre, celle-ci ne serait observée, comme l'ergotisme, que pendant ces années malheureuses; et nous ne pensons pas qu'on ait fait ces faciles distinctions qui auraient mis sur la voie.

Quoi qu'il en soit, l'Académie est saisie de la question, et le gouvernement en sentira l'importance. M. Gintrac, M. Léon Marchand nous montrent la pellagre ravageant les landes de Gascogne. Il faut donc aviser. Quelques cas s'en sont présentés à l'hôpital Saint-Louis, et M. Théophile Roussel les a publiés il y a déjà quelques années. C'est pour poursuivre ses premières observations que ce jeune médecin est allé sur le théâtre le plus renommé de cette cruelle endémie, et il nous a rapporté

d'Italie les précieux matériaux dont nous venons de donner un échantillon.

M. Th. Roussel a du zèle, beaucoup d'intelligence, il expose bien, il discute solidement ; il est donc en mesure de contribuer très-heureusement à l'eclaircissement des graves difficultés que soulève cette belle question d'hygiène publique. Il a émis une hypothèse qui mérite vérification. C'est à l'Académie à faire le reste, en dirigeant les investigations avec habileté. Déjà M. Jolly a fait un bon rapport sur les observations envoyées par M. Léon Marchand qui observe la pellagre dans les Landes. Ce médecin distingué ne paraît pas avoir été frappé de l'idée qui domine dans le travail de M. Roussel, savoir : l'influence du maïs sur la production de la pellagre. Maintenant que cette conjecture est ouverte, elle ne peut tarder à recevoir sanction ou infirmation.

Quoi qu'il avienne, il est juste de reconnaître et d'encourager les intelligents efforts de M. Th. Roussel.

MÉLANGES.

19. *Note sur une nouvelle sonde destinée à l'alimentation des aliénés ;* par M. le docteur Leuret.

(Gazette médicale de Paris, N° 34.)

Un des obstacles les plus difficiles à surmonter dans le traitement des aliénés, c'est le refus fait par ces malades de prendre des aliments et des boissons. Ce refus, quand il est très-persistant, entraîne presque inévitablement la mort.

En cas pareil, on a recours à une sonde dite en gomme élastique que l'on introduit dans l'œsophage, soit par la bouche, soit par le nez. Par la bouche, il est toujours difficile et souvent impossible de réussir ; par le nez, cela est ordinairement possible, mais non pas sans danger. Quand le malade cède, quand il demeure passif, la sonde peut être introduite longtemps et plusieurs fois par jour sans qu'il en résulte aucun inconvénient, et j'ai maintenant dans mon service un malade qui a été alimenté pendant deux mois environ au moyen des injections de bouillons et de potages à la semouille, faites à l'aide d'une sonde introduite par le nez, trois fois au moins chaque jour. Mais il s'en faut que l'on soit toujours aussi heureux : si le malade résiste, s'il craint qu'on ne l'empoisonne, ou s'il croit avoir reçu de Dieu la défense de se nourrir, il oppose une vive résistance, et l'introduction de la sonde

devient excessivement dangereuse. Alors il est arrivé qu'avec la sonde on a percé l'œsophage, ou bien qu'on a traversé le larynx, une bronche, le tissu pulmonaire, et que par l'injection d'un aliment on a causé la mort du malade. Il est arrivé aussi que, retenu par la difficulté et les dangers de l'opération, le médecin est resté spectateur désolé d'une longue et affreuse agonie, contre laquelle il n'a rien osé entreprendre.

Depuis longtemps j'ai conçu l'espoir et j'ai tenté de remédier, sinon en totalité, du moins en partie, à ces accidents. Le danger consistant dans l'introduction de la sonde, il s'agissait d'avoir une sonde qui, une fois introduite, pourrait rester en place : de cette manière on nourrissait le malade sans avoir à lutter contre lui et sans l'exposer à aucun péril. Pour atteindre ce but, il fallait avoir une sonde bien flexible et pouvant s'affaisser sur elle-même, de telle sorte qu'elle ne produisît aucune compression et, s'il se pouvait, aucun frottement sur les parties avec lesquelles elle devait se trouver en contact. Les sondes dont on se sert actuellement ne pourraient être laissées en place plusieurs jours de suite, ou même un seul jour, sans qu'on eût à craindre les effets fâcheux qui résulteraient de leur contact prolongé avec l'œsophage, le pharynx , quelques-unes des parties du larynx et les fosses nasales. Il faut donc introduire la sonde plusieurs fois chaque jour et faire courir au malade, chaque fois, de nouveaux dangers. Avec une sonde à demeure, le danger n'existe qu'une seule fois.

Il y a bientôt deux ans que j'avais fait construire par un de nos couteliers les plus habiles, M. Charrière, une sonde métallique qui devait servir de guide à une sonde flexible ; mais alors je n'ai pas été assez heureux pour réussir à confectionner cette sonde flexible, telle que je l'avais conçue. De nouvelles réflexions et de bons conseils m'ont conduit à un meilleur résultat : je m'empresse de le faire connaître à mes confrères.

Je prends des intestins de mouton dépouillés des membranes péritonéale et villeuse, et dont il ne reste par conséquent que la membrane fibreuse ; j'introduis plusieurs de ces intestins, ou plutôt de ces tubes fibreux, les uns dans les autres, je les distends par l'insufflation, et je les laisse sécher ; en se desséchant, les tubes fibreux adhèrent les uns aux autres et ne forment qu'une seule paroi, et par conséquent un seul tube. Ce tube est mis dans une eau chargée de tan ; il y reste vingt-quatre ou trente heures, puis il est séché de nouveau, huilé, assoupli par le frottement et dégraissé avec l'eau de savon. Ainsi préparé, l'intestin forme un tube plus flexible qu'un doigt de gant, sans couture, résistant,

difficilement putrescible, et pouvant servir de conducteur aux liquides alimentaires quels qu'ils soient.

Les intestins de mouton bien nettoyés, mais non préparés, c'est-à-dire ayant conservé leur membrane péritonéale et leur membrane muqueuse, puis doublés, triplés, et même quadruplés par intussusception, ont été par moi préparés de la même manière que les tubes fibreux seuls, et ils m'ont fourni des sondes aussi souples et plus résistantes que ceux-ci. Je les emploierai simultanément, afin que l'expérience me fasse connaître ceux qu'il faudra préférer.

J'ai dit, en commençant cette note, que j'ai été aidé par de bons conseils : je les dois à M. Labaraque, qui, parmi les travaux importants dont la science lui est redevable, a publié le meilleur livre que nous ayons sur l'art des boyaudiers.

Comme je désirerais que l'on pût se procurer, partout où l'on en aura besoin, des sondes destinées à l'alimentation des aliénés, je dois nécessairement entrer dans des délais assez circonstanciés sur la manière de les préparer. Mais, avant de passer outre, je dirai qu'ayant essayé comparativement les sondes confectionnées avec les tubes fibreux et celles qui sont formées par l'intestin tanné et assoupli, j'ai trouvé que ces dernières ne peuvent être d'aucun usage. L'immersion dans l'eau les gonfle un peu et en détache les membranes péritonéale et villeuse. Les sondes formées par la réunion des tubes fibreux ont seules les qualités désirables pour le but qu'il s'agit d'atteindre : or, à mon avis, elles ne laissent rien à désirer.

Les boyaudiers séparent avec beaucoup d'adresse les membranes des intestins : la membrane péritonéale, qu'ils appellent *filandre*, et la membrane villeuse, qu'ils appellent *râclure*, sont enlevées par eux très-promptement et sans dommage pour les membranes musculaire et fibreuse qui forment alors un tube susceptible d'être et de rester insufflé. Pour fabriquer une sonde, il faut prendre au moins quatre et au plus huit ou dix de ces tubes fibreux et les introduire successivement les uns dans les autres. Cette introduction exige le plus grand soin, parce que l'on agit sur un tissu très-facile à déchirer. L'important est d'empêcher que les tubes fibreux ne conservent la moindre tension ; autrement, à l'endroit tordu, il se forme un cul-de-sac. Si on introduit de l'air ou de l'eau dans le tube, on opère une rupture par laquelle s'épanche le fluide, et l'on a, non pas un tube, mais une succession de cellules. On remédie à la torsion des tubes fibreux en faisant couler de l'eau en dehors et en dedans de chacun d'eux, au fur et à mesure qu'on les introduit les uns dans

les autres, pendant qu'on les tient suspendus horizontalement. Chaque tube, ayant environ la longueur d'un mètre, est mis dans l'eau pour qu'il reste parfaitement souple; on en prend un, à l'une des extrémités duquel on adapte un entonnoir, on le tient suspendu et on y fait passer un courant d'eau. Cela fait, et le premier tube restant suspendu, on introduit dans sa cavité, à l'aide de l'entonnoir, un second tube que l'on fait glisser à l'aide d'un courant d'eau. Ce second tube mis en place est aussi maintenu ouvert par un entonnoir dans lequel on fait passer de l'eau, et ainsi successivement pour tous les autres tubes. Le dernier tube une fois placé, on exprime de haut en bas pour faire couler toute l'eau qui pourrait rester dans la réunion de ces tubes, et après avoir placé une ligature en bas et préparé une ligature en haut, on insuffle de l'air à l'aide d'un siphon dans le dernier tube introduit. La distension de ce tube distend tous les tubes superposés, et il résulte de là une seule paroi formée de plusieurs couches. Par la dessiccation, ces couches se collent les unes aux autres et ne se séparent plus. En une journée, la dessiccation et l'accollement sont opérés. Alors on enlève les ligatures placées à chaque bout du tube, on fait sortir l'air qui s'y trouve, et l'on procède au tannage.

Le tannage se fait en mettant le tube pendant vingt-quatre, trente ou trente-six heures, dans la décoction d'écorce de chêne; ensuite ce tube est lavé, bien essuyé, ou incomplètement desséché, puis frotté avec un corps gras. J'ai essayé comparativement l'huile d'olive, la graisse de porc et la pommade au blanc de baleine; cette dernière m'a paru préférable aux autres. Quand le tube est bien imprégné des corps gras dont on l'a enduit, il faut le dégraisser avec l'eau de savon, puis le laisser sécher, et comme, en desséchant, il s'est un peu durci, on l'assouplit en le frottant entre les doigts.

Le tube terminé, il faut en faire une sonde ou plutôt un canal destiné à transmettre les aliments par l'une des narines jusque dans la partie inférieure de l'œsophage. On lui laisse une longueur de 50 à 60 centimètres, en le ferme en cul-de-sac à l'une de ses extrémités, et non loin de cette extrémité on pratique des ouvertures à peu près comme on fait pour les sondes œsophagiennes ordinaires; à l'extrémité opposée, on adapte un anneau d'un diamètre supérieur à celui de la narine. On voit tout de suite à quoi servent le cul-de-sac, les ouvertures latérales et l'anneau. A l'aide du cul-de-sac, la sonde peut être poussée en avant par un mandrin; l'anneau retient en dehors l'orifice de la sonde, orifice au moyen duquel l'aliment sera introduit; les

ouvertures latérales donnent passage à l'aliment, qui se trouve ainsi porté près du cardia, ou même dans la cavité de l'estomac.

Maintenant il faut un conducteur à la sonde flexible et molle dont je viens d'indiquer la confection. Le canal à parcourir pour aller de l'ouverture des narines à l'estomac est horizontal le long du plancher des fosses nasales ; en arrière de ce plancher, il se courbe et descend en arrière, puis il continue de descendre presque perpendiculairement jusqu'à l'estomac. L'endroit de la courbure est le point difficile à franchir, parce que là, tout près de l'œsophage dont il n'est séparé que par une mince cloison, se trouve le larynx. Or, si la sonde ne suit pas rigoureusement sa route, si elle dévie un peu ou qu'elle se porte en avant, au lieu de servir à alimenter le malade, elle lui donne la mort. Il faut donc une courbure à la sonde, ou plutôt au conducteur de la sonde; mais il faut que cette courbure reste en haut du pharynx. Comment y parvenir? En faisant un conducteur composé de deux pièces : l'une fixe, qui s'arrête à l'endroit indiqué ; l'autre mobile, passant à travers la première pour descendre jusqu'au bas de l'œsophage.

Je prends une sonde en métal, ouverte aux deux bouts, courbée à l'une de ses extrémités, et à l'autre munie d'un pavillon. Le pavillon reste en dehors de la narine ; la partie courbée est portée jusqu'à l'entrée supérieure du pharynx, en passant soit immédiatement au-dessus du plancher des fosses nasales, soit entre le cornet inférieur et le cornet moyen. Dans cette sonde, je pousse un mandrin en baleine ; ce mandrin, en raison de sa flexibilité, s'accommode à la courbure de la sonde ; il va au delà et descend verticalement dans l'œsophage, en s'appuyant contre la colonne vertébrale et évitant ainsi l'entrée du larynx.

Pour porter la sonde membraneuse et la laisser en place, que faire donc? En revêtir la sonde métallique, qui la conduira jusqu'au haut du pharynx, puis pousser le mandrin de baleine, qui à son tour la poussera jusqu'où elle doit arriver. L'œsophage se contractant dessus et la tenant serrée, on pourra alors retirer et la sonde métallique et le mandrin qui glisseront dans l'intérieur de la sonde membraneuse. Cette sonde, maintenue ouverte à l'entrée d'une narine, permettra l'injection des aliments liquides et semi-liquides que l'on voudra faire parvenir jusque dans l'estomac. Le malade, convenablement maintenu, ne pourra pas s'y opposer. Il y a pourtant une résistance qu'il s'avisera peut-être de faire : ce sera de contracter les muscles du pharynx de manière à fermer l'entrée de l'œsophage ; mais comme, en fermant

l'entrée de l'œsophage, il empêche en même temps l'introduction de l'air dans les poumons, à la première inspiration qu'il fera, et il ne pourra pas s'empêcher d'en faire, les aliments descendront inévitablement par un seul et même effort instinctif et contre la volonté du malade.

Pour faciliter l'introduction de la sonde, il est nécessaire d'incliner la tête du malade vers la poitrine et de diriger cette sonde de telle manière qu'elle ne dévie ni à droite ni à gauche. On fera bien aussi de s'exercer sur le cadavre : c'est le seul moyen d'agir avec quelque sécurité quand il faut opérer sur le vivant.

---

20. *Notice historique sur les bains chez les anciens et au moyen âge* (1).

(Journal de M. Lartigue, août 1845.)

L'usage du bain existe, selon toutes les probabilités, depuis l'origine du monde, car il est fondé sur les besoins les plus naturels à l'homme. La nécessité d'entretenir la propreté de son corps, de le défendre contre les ardeurs d'un soleil brûlant, de le reposer des fatigues de la chasse, de la guerre et de l'agriculture, lui a fait reconnaître de bonne heure les précieux avantages que lui offraient les bains. Mais dans ces siècles grossiers où l'art n'avait encore rien produit pour les commodités de la vie, les hommes se plongeaient dans les fleuves, les rivières, les fontaines et autres réservoirs formés par la nature. Ils étaient encore bien loin de penser à se construire des appareils au moyen desquels ils purent, plus tard, prendre des bains, en toute saison, à toute heure et en tous lieux, à une température agréable et salutaire. Nul doute que la découverte des sources d'eau chaude qu'on rencontrait alors, aussi bien qu'aujourd'hui, sur toute la surface du globe, ne leur ait inspiré l'heureuse idée de communiquer différents degrés de chaleur à l'eau de leurs bains et de se fabriquer des réservoirs plus commodes et moins dangereux. C'est chez les nations du Levant, les premières appelées à jouir des bienfaits de la civilisation antique, que l'industrie et les arts firent les premiers efforts pour satisfaire les besoins des hommes et perpétuer le goût et l'usage des bains chauds. Aussi cette coutume passa-t-elle d'Asie en Europe avec les colonies qui vinrent successivement s'établir en Grèce, en Italie, en Ibérie et dans les Gaules.

(1) Extrait de l'ouvrage de M. le docteur Corbel-Lagneau, *Traité complet des Bains*. 1 vol. in-12, chez Labé.

La Grèce connaissait les bains chauds dès le temps d'Homère, car il en est fait mention dans plusieurs passages des écrits de ce poète, entre autres, lorsqu'il dépeint la vie délicieuse qu'on menait dans le palais d'Alcinoüs, et qu'il raconte la réception que fit à Ulysse la magicienne Circée.

Parmi les Grecs, les Lacédémoniens furent les premiers qui, au rapport de Thucydide, adoptèrent la coutume, empruntée aux peuples de l'Asie, de paraître nus dans les jeux publics, de se frotter d'huile, de se couvrir de sable pour les exercices, et d'aller ensuite se plonger dans l'eau chaude. Mais l'usage des bains chez les particuliers n'était pas encore bien général en Grèce du temps d'Hippocrate. Cette considération l'empêchait souvent d'user de ce remède dans beaucoup de maladies qui en réclamaient l'emploi. Quant aux bains publics, ils faisaient partie des gymnases ou palestres auxquels ils étaient adjoints (1).

Les Romains (2), dans les premiers temps de la république, avaient l'habitude, après une journée laborieuse consacrée aux travaux des champs, de se laver les bras et les jambes; et, tous les neuf jours, quand ils venaient à la ville pour assister aux assemblées concernant les affaires de l'Etat, ils se lavaient le corps tout entier. Alors le Tibre ou les rivières voisines étaient leurs bains les plus ordinaires, et ils ne connaissaient guère les étuves et les bains d'eau chaude (3). Aussi les Romains songèrent-ils très-tard à établir chez eux des bains publics ou particuliers. La ville présentait, par sa situation sur des collines, de grandes difficultés à la direction des eaux. Ce ne fut que vers l'an 441 de la fondation de Rome qu'on y fit venir, pour la première fois, de l'eau du territoire de Tusculum, à l'aide d'un aqueduc construit par les soins du censeur Appius Claudius. Dans la suite, les aqueducs se multiplièrent, et l'on bâtit, en divers endroits de la ville, des bains et des thermes qui se ressentaient encore de l'ancienne simplicité romaine, comme il est facile d'en juger par la description que Sénèque nous a laissée (4) de ceux que Scipion l'Africain possédait auprès de Linternum.

La nouvelle coutume que prirent les Romains, vers les dernières années de la république, d'unir les bains aux gymnases, les rendit d'une indispensable nécessité; et l'application fréquente qu'en firent les médecins, dès cette époque, au traitement des maladies, contribua puissamment à multiplier et à embellir ces édifices

(1) Vitruve.
(2) Sénèque.
(3) *Voyez* la lettre de Charles Dezobry, vol 1, p. 221.
(4) Sénèque, lettre XXXVI.

si utiles et si salutaires. Mais ce ne fut que sous le règne d'Auguste qu'ils commencèrent à donner à leurs thermes cet air de grandeur et de magnificence qu'on remarque encore aujourd'hui dans les débris qui nous en sont restés. Les bains publics, en effet, doivent être considérés avec raison comme les ouvrages les plus remarquables des Romains. Leurs fondateurs étaient des princes qui, jaloux de se concilier la bienveillance du peuple, s'efforçaient de surpasser tout ce qui avait été fait avant eux. Il faut, pour en avoir une juste idée, examiner les plans des principaux édifices de ce genre tracés par Palladio. En voyant ses dessins des bas-reliefs et des peintures qui ornaient les murailles et les plafonds, on reste tout à la fois étonné de la perfection des objets qu'ils représentent et de l'exquise pureté du goût qui régnait alors dans les arts. Bien plus, nous sommes forcés de reconnaître que tous les efforts de l'art moderne pour décorer nos palais, nos musées et nos églises, ne sont le plus souvent que de serviles imitations des merveilles que les bains d'Agrippa, de Néron, de Titus, etc., offraient, il y aura bientôt deux mille ans, à l'admiration du peuple romain. Les marbres les plus rares, des vases précieux, des bronzes, des colonnes, des statues dues au ciseau des plus grands maîtres, des dorures habilement ménagées, rehaussaient encore de tout leur éclat l'intérieur de ces monuments gigantesques.

Il est difficile de se représenter le nombre prodigieux d'usages auxquels ils étaient consacrés. Outre les immenses piscines et les milliers (1) de cellules destinées aux différents bains que l'on pouvait y prendre, on y trouvait des théâtres, des temples, des amphithéâtres, des basiliques, des salles de festins, de vastes promenades découvertes et plantées d'arbres, des écoles fréquentées par la jeunesse, des exèdres, espèces d'académies où se réunissaient les savants pour discuter, enfin, des bibliothèques que chacun pouvait consulter librement (2).

Les bains les plus beaux et les plus complets, chez les Romains comme chez les Grecs, offraient d'habitude les appartements suivants :

1° Une apodytère ou déshabilloire ;

2° Un onctuaire, lieu qui renfermait l'huile, et où se faisaient les onctions ;

3° Un conistère, où se trouvait le sable ;

4° Un sphéristère, lieu des exercices ;

5° Un bain chaud ;

(1) Les thermes de Dioclétien contenaient trois mille baignoires.
(2) Caméron.

6° Une étuve, chambre voûtée à suer ;
7° Un tépidaire ou bain tiède ;
8° Un frigidaire ou bain froid.

Après avoir quitté leurs vêtements, les lutteurs entraient dans l'onctuaire, où ils se frottaient tout le corps avec une huile grossière, afin de lui donner de la souplesse avant de commencer les exercices. Ils se rendaient ensuite dans le conistère, où l'on réservait un sable fin dont ils se couvraient pour donner prise à la main qui, dans la lutte, cherchait à les saisir. Cette salle contenait aussi les parfums dont on se servait au sortir du bain. On peut voir dans le XXIVe livre de l'*Odyssée* combien cette coutume était ancienne dans la Grèce et dans toute l'Asie.

Après tous ces préparatifs, les baigneurs passaient dans le sphéristère, salle immense où ils se livraient à toutes sortes de jeux propres à développer les forces physiques. Le jeu du ballon, qui jouit encore parmi nous d'une certaine faveur, était alors le genre d'exercice le plus à la mode. Quand la situation du lieu le permettait, ce sphéristère était découvert et exposé au soleil, ou, pour mieux dire, il y avait dans les bains les plus complets deux sphéristères. Les jeux duraient jusqu'au moment où le son d'une cloche annonçait que les étuves et les bains chauds étaient prêts. La foule se hâtait alors de s'y rendre ; puis chacun s'asseyait sur un banc de marbre situé au-dessous de la surface de l'eau autour d'immenses piscines où l'on pouvait nager au besoin. Après un temps plus ou moins long, les baigneurs se râtissaient la peau avec des instruments particuliers nommés *strigils* (1), qui servaient à enlever de vive force la poussière devenue tenace par son mélange avec la matière grasse sécrétée sur la peau. En sortant du bain chaud, ils entraient dans le tépidaire, où ils se plongeaient dans une eau tiède pendant quelques instants, et passant de là dans le frigidaire, ils s'y arrêtaient quelques minutes avant de s'habiller. On croyait, et ce n'était pas sans raison, qu'il fallait terminer ainsi pour resserrer les pores de la peau dilatés par la chaleur de l'eau ou par la vapeur, et empêcher, par ce moyen, une perte trop grande de la transpiration. Mais il ne paraît pas, d'après les auteurs, que l'usage de ces deux derniers bains ait toujours existé. Il est probable, comme le pensent quelques-uns, que l'on passait dans le tépidaire et le frigidaire pour ne pas s'exposer brusquement à l'air froid du dehors, et que ces deux dernières pièces étaient chauf-

(1) Les strigils étaient des espèces de couteaux d'ivoire ou de métal droits ou courbés sur le côté, pour se former à la rondeur des membres. Le mot français *étrille* tire son nom et sa signification du mot latin *strigil*.

fées à un degré de température convenablement calculé pour obtenir un effet gradué. Le désaccord qui règne sur ce point parmi les auteurs s'explique lorsqu'on sait que les bains froids, employés dans le traitement des maladies par Antonius Musa, médecin d'Auguste, qui s'en était servi avec succès pour la guérison de ce prince, tombèrent en défaveur après la mort de Marcellus, causée, dit-on, par le même remède, et que, vers la fin du règne de Néron, ils reprirent, grâce aux efforts d'un médecin de Marseille, nommé Charmis, la vogue qu'ils avaient perdue.

Les bains des particuliers étaient loin d'offrir une disposition exactement semblable à la description que je viens de donner des bains publics. Chacun suivait son goût dans leur construction. La même pièce servait quelquefois à des usages différents, et les modifications, quant à la forme, étaient aussi nombreuses que la fortune et les goûts de luxe des propriétaires. Du reste, il était de bon ton d'y étaler un luxe effréné. Aussi Pline adresse-t-il de sévères reproches aux dames de son temps qui faisaient recouvrir en argent le plancher de leur chambre de bain.

Les bains des anciens, quoique bâtis généralement d'après un plan pareil, offraient cependant une notable différence. A Rome, même dans les plus beaux établissements, la majeure partie de l'étendue de l'édifice était consacrée aux bains proprement dits, ce qui leur avait valu le nom de *Thermes*, du mot grec *thermos*, qui signifie chaud ; tandis que chez les Grecs, le gymnase occupait l'édifice presque tout entier, et le bain n'avait qu'une très-étroite dimension. Cette différence donne la mesure de la passion pour les bains qui, vers la fin de la république, s'était emparée des Romains, et qui dura jusqu'à la décadence de l'empire.

Dans le principe, les bains publics n'étaient ouverts qu'à deux heures après midi et on les fermait à cinq. Les malades seuls avaient le droit d'y pénétrer à toute heure. Par la suite, voulant caresser le peuple dans ses goûts favoris, les empereurs ordonnèrent d'en ouvrir les portes plus tôt et de les fermer plus tard. Néron les fit ouvrir à midi. Alexandre Sévère en permit l'entrée dès la pointe du jour, et fournit même, à ses frais, l'huile des lampes qui les éclairaient. Dès lors, les Romains y passèrent leur vie : ils s'y baignaient souvent deux fois par jour, et faisaient de l'eau chaude un élément indispensable à leur existence. Il ne faut cependant pas attribuer exclusivement aux bains cette passion singulière. Le désir et l'espoir d'y rencontrer ses amis, d'apprendre les nouvelles du jour et de passer le temps d'une manière agréable, n'en étaient pas les instigateurs les moins puissants.

Pline (1) raconte un fait qui prouve quelle étrange jalousie les Romains manifestaient pour tout ce qui se rattachait à leurs bains. « On avait, dit-il, placé devant les thermes d'Agrippa la statue d'un baigneur qui se frottait avec le strigil : cette statue, faite par Dysippe, était d'un travail si exquis, que Tibère, qui l'admirait plus que toutes les autres statues qui décoraient Rome sous son règne, la fit transporter dans sa chambre à coucher. Mais la populace, ne pouvant supporter cette privation, le força par ses insultes à la faire remettre à sa place. »

Une des plus grandes largesses que les empereurs pussent faire au peuple, à l'occasion de quelque réjouissance publique, était de lui accorder l'entrée gratuite des bains.

Enfin, cette passion était telle, que Titus ordonna, pour dissiper la tristesse et l'effroi que d'affreuses calamités (2) avaient répandus dans Rome, qu'on construisît, aussi vite qu'on le pourrait, les thermes et l'amphithéâtre qui portèrent son nom.

De tous les peuples de la Grèce, les Lacédémoniens eurent seuls des gymnases et des bains communs aux deux sexes. Les anciens Romains ne suivirent pas cet exemple. Un sentiment de pudeur, poussé à l'excès, empêchait un père de se baigner avec ses fils et même avec ses gendres (3). Mais, plus tard, la corruption des mœurs fit de tels progrès que l'on vit, sous le règne de Domitien, les femmes se baigner pêle-mêle avec les hommes. Cette coutume, dès lors généralement adoptée, fut prohibée plus tard par Adrien et Marc Aurèle, puis tolérée de nouveau par Héliogabale : elle fut définitivement abolie par Alexandre Sévère.

Il régnait, en outre, dans ces bains une excessive liberté par rapport au rang. Les personnages les plus nobles et les plus riches s'y trouvaient mêlés avec les plébéiens les plus pauvres. Les empereurs eux-mêmes, pour se rendre populaires, les fréquentaient souvent. L'anecdote suivante, rapportée par Spartien, ne laisse aucun doute à cet égard : « L'empereur Adrien se baignait souvent, dit-il, avec la foule du peuple. Là, il aperçut un jour un vieux soldat qui, n'ayant personne pour se faire nettoyer la peau, y suppléait en se frottant le dos contre la

(1) Livre XXXIV, chap. VII.

(2) Sous son règne, l'Italie fut affligée des plus grands sinistres connus dans l'histoire du monde : la première éruption du Vésuve, la ruine de deux villes importantes, Herculanum et Pompéïa, un incendie immense qui détruisit plusieurs quartiers de Rome, les temples de Sérapis, d'Isis, de Neptune et de Jupiter Capitolin, les bains d'Agrippa, les théâtres de Pompée et de Balbus, la bibliothèque d'Octave, et plusieurs édifices dont l'histoire ne fait aucune mention particulière.

(3) Cicéron, *de Offic.*

muraille. Adrien, qui l'avait connu au milieu des camps, lui demanda pourquoi il en agissait ainsi. C'est, répondit le vieillard, parce que je n'ai pas de valet. L'empereur lui fit aussitôt donner des esclaves et une pension. Le bruit d'une action qui avait eu tant de témoins fut bientôt répandu dans tous les quartiers de Rome, et la première fois qu'Adrien revint aux bains publics, plusieurs vieillards ne manquèrent pas de s'y trouver, et cherchèrent à attirer sur eux, par les mêmes moyens, les regards et la générosité du prince. Mais Adrien, ayant remarqué ce manége, loin de les traiter comme son vieux compagnon d'armes, leur fit distribuer des strigils et leur ordonna de s'en servir en s'entr'aidant les uns les autres. »

Ce n'était pas seulement la ville aux sept collines qui renfermait des bains publics ou particuliers : il y en avait dans toutes les villes d'Italie et dans les palais de la noblesse et des affranchis. On en trouvait encore dans toutes les provinces romaines. De nos jours, il est facile de rencontrer des vestiges des thermes romains dans tous les pays qui firent autrefois partie des provinces conquises. Paris, ancienne résidence de Julien, avant son avénement à l'empire, en recèle de précieux restes connus de tous ses habitants sous le nom de Thermes de Julien, et qui sont situés dans la partie moyenne de la rue de la Harpe, non loin de l'ancien hôtel Cluny.

La plupart de ces magnifiques édifices qui, pendant les plus beaux jours de l'empire, avaient fait l'orgueil et les délices des Romains, furent détruits par le vandalisme des hordes barbares : ceux qui restèrent debout reçurent une autre destination, ou, n'étant plus réparés, finirent par tomber en ruine.

Les bains, qui composaient un des éléments de la vie molle et fastueuse des Romains, n'étaient, au contraire, pour les nations envahissantes et guerrières qu'un simple moyen de propreté. Aussi les nouveaux vainqueurs se bornèrent-ils à prendre le bain comme au temps de Scipion, et leur peu de goût pour le luxe ne leur inspira jamais l'idée de construire des monuments pareils à ceux qui décoraient l'ancienne cité des maîtres du monde. L'utilité et la commodité réunies furent le seul but qu'on se proposa dans la construction des thermes qui furent élevés dans la suite en Italie ou dans les autres contrées de l'Europe.

On peut voir, dans les *Ephémérides troyennes*, que les bains furent fréquentés pendant tout le moyen âge jusqu'au XVIe siècle, époque à laquelle l'usage du linge devint général. Après avoir fait la description des thermes en ruine qui existaient à

Troyes, Grosley ajoute : « La barbarie du moyen âge ne pouvant atteindre à la magnificence, se borna à la commodité pour les bains publics et pour d'autres établissements qui se formèrent en Europe. On en dut l'idée aux Arabes, chez lesquels les arts et les sciences avaient trouvé un asile. Les croisades et le commerce avaient ouvert aux Européens les pays qui florissaient sous les lois de ces peuples : le goût naturel pour l'imitation fit le reste. Les étuves et les bains publics furent longtemps aussi fréquentés en Europe qu'ils le sont encore aujourd'hui dans le Levant. On y était attiré par des raisons de propreté, de santé, mais plus encore par le besoin de société entre des gens qui vivaient peu ensemble et qui ne se voyaient que dans ces lieux. Les uns y prenaient le bain d'eau, d'autres celui de vapeur, plusieurs n'y venaient que pour causer chaudement dans la froide saison. Ils étaient pour ces derniers ce que sont encore aujourd'hui les poêles en Allemagne, les estaminets en Hollande, les cafés à Paris. »

« Ce n'est guère que dans les bains, dit M. de Marchangy (1), ou bien à l'église et chez les accouchées, que les femme se voient. Les hommes s'assemblent aux bains, chez les barbiers, dans les cabarets, aux halles, ou à la porte Baudoyer. Il y a des bains particuliers dans les hôtels, et les personnes que l'on prie à dîner sont en même temps invitées à se baigner. »

On lit dans les *Essais historiques sur Paris*, par Sainte-Foix, que les seigneurs et les grandes dames prenaient chaque jour un bain avant le dîner, et que les bourgeois en prenaient plusieurs par semaine. « L'usage des étuves, dit-il (2), était anciennement aussi commun en France, même parmi le peuple, qu'il l'est et l'a toujours été dans la Grèce et dans l'Asie : on y allait presque tous les jours. Saint-Rigobert fit bâtir des bains pour les chanoines de son église, et leur fournissait le bois pour chauffer l'eau. Grégoire de Tours parle de religieuses qui avaient quitté leur couvent parce qu'on s'y comportait dans le bain avec peu de modestie. Le pape Adrien Ier recommande au clergé de chaque paroisse d'aller se baigner processionnellement, tous les jeudis, en chantant des psaumes. »

A cette époque, comme au temps des empereurs romains, les mœurs eurent parfois à souffrir, dans ces bains, de la confusion des sexes, et les ordonnances que nécessita un pareil abus ne furent pas toujours religieusement respectées. Les statuts synodaux d'Avignon, publiés en 1441, interdisent aux ecclésiastiques

(1) *Tristan le Voyageur*, ou *la France au* XIVe *siècle*.
(2) Tome 1, p. 212.

et même aux clercs mariés l'entrée des étuves publiques : *quòd dictæ stufæ sunt prostibulosæ, et in eis meretricia prostibularia publice ac manifeste committuntur.*

Bien que l'usage du linge ait, en se propageant, diminué de beaucoup la valeur hygiénique du bain, et occasionné la ruine et l'oubli des étuves et des bains du moyen âge, des établissements publics n'ont pas moins continué, dans notre siècle, à se multiplier partout à l'infini, grâce aux salutaires conseils de la médecine, aux progrès des lumières et à l'amélioration du bien-être matériel des masses. Aussi n'est-il pas une rue de quelque importance dans Paris qui ne contienne plusieurs bains publics ; et chaque jour ne voit-il pas éclore de nouveaux établissements, qui tous, malgré le nombre et la proximité de maisons rivales, grandissent et prospèrent, comme pour donner la mesure des besoins d'une population intelligente et éclairée. C'est ainsi qu'en se répandant dans les rangs de la société, cet usage a déjà produit les résultats les plus satisfaisants pour la santé publique, et que, par son heureuse influence, le nombre et la gravité des affections de la peau, entre autres, ont successivement diminué, et n'étalent plus, à chaque pas, dans nos rues, comme on le voyait autrefois, ce hideux et triste côté des infirmités humaines.

TABLE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE 156e VOLUME.

6e SÉRIE, TOME VIII. — AOUT 1845.

ARCHIVES DE LA MÉDECINE BELGE.

Topographie médicale du canton de Contich (province d'Anvers); par le docteur *Peutermans*. 181
Invention d'un nouveau crochet-scie, soumis à l'appréciation de messieurs les membres de la Société de médecine pratique de la province d'Anvers, établie à Willebroeck; par le docteur *A. Van der Eecken*. 203
Rapport sur une observation et un nouvel instrument (crochet-scie) présentés à la Société de médecine de Willebroeck; par le docteur *E. Luytgaerens*. 208

REVUE DES JOURNEAUX BELGES DE MÉDECINE.

Annales de la Société de médecine d'Anvers. — Compte rendu des travaux pendant l'année 1845. (Analyse par le docteur *Biver*.) 210
Annales de la Société de médecine de Gand. — Compte rendu des travaux pendant l'année 1845. (Analyse par le docteur *Biver*.) 213
Annales de la Société médico-chirurgicale de Bruges. — Compte rendu des travaux pendant l'année 1845. (Analyse par le docteur *Biver*.) 216
VARIÉTÉS. — Petite excursion médicale. 218

REPRODUCTION ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

III. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

1. Quelques considérations sur l'incertitude des fonctions attribuées au cervelet et sur l'absence de symptômes ou signes propres à faire reconnaître, pendant la vie, les divers états maladifs de cet organe; par *A. Toulmouche*. 1

IV. PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQUE ET CLINIQUE MÉDICALES.

2. De l'anxiodynie; par M. *Paul de Mignot*. 21
3. De l'asthme thymique dans ses rapports avec les convulsions; par M. *Trousseau*. 38
4. Recherches anatomiques et pathologiques sur les amas de charbon produits pendant la vie dans les organes respiratoires de l'homme; par *Natalis Guillot*. 45
5. Des indications de l'anémie; par M. *Trousseau*. 71
6. Sur le traitement des maladies scrofuleuses; par le docteur *S. Sandras*. 78
7. De la nature, du siége et des indications thérapeutiques de l'épilepsie. — Hôpital de la Salpêtrière. 82

V. ACCOUCHEMENTS, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.

8. Du muguet chez les enfants à la mamelle; par MM. *A. Trousseau* et *A. Delpech*. 97
9. Note sur l'épidémie de fièvre puerpérale qui a régné à l'Hôtel-Dieu, à l'Hôtel-Dieu-Annexe et à l'hôpital St-Louis, pendant les années 1843 et 1844; par MM. *Bidault* et *Arnoult*. 107

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALMOLOGIE.

10. Du varicocèle et de sa cure radicale ; par le docteur *J. Hélot.* 122
11. Remarques cliniques sur les opérations autoplastiques en général, et en particulier sur la staphyloraphie, à propos d'une opération pratiquée par le professeur *Roux.* 135
12. Du traitement des fractures qui se consolident ordinairement d'une manière vicieuse ; par M. *Guérin.* 144
13. De la névralgie ciliaire ; par M. le docteur *Tavignot.* 152

VIII. MALADIES DES VOIES GÉNITO-URINAIRES.

14. Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur les rétrécissements de l'urèthre ; par le docteur *L. Auguste Mercier.* 163
15. Du choix d'un mode de traitement dans les cas graves d'affection calculeuse. — Accidents de la cystotomie sus-pubienne ; par le docteur *Civiale.* 184

IX. MALADIES SYPHILITIQUES.

16. Recherches cliniques, faites à l'hôpital Saint-Lazare (maladies des femmes), sur les ulcérations du col de l'utérus, sur les chancres chroniques des parties génitales, les bubons, l'uréthrite, la vaginite, etc. ; par *J. Boys de Loury* et *H. Costilhes.* 191

XII. GÉNÉRALITÉS.

17. Note sur le commerce des sangsues et sur les fraudes nuisibles pratiquées dans la vente de ces annélides ; par M. *Chevallier.* 214

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie royale des sciences de Paris.

Séances des 7, 14, 21 et 30 juillet.

Anthropologie. 228. — Indiens joways. 229. — Lettre de M. Auguste St-Hilaire. — Suc gastrique artificiel. 231. — Emploi de l'ergotine dans les cas d'hémorrhagies externes. 232. — Anémie. — Cataractes secondaires. 233. — Caractères microscopiques du cancer. — Moyen de remèdier à quelques infirmités de la main droite. — Propriétés médicales de l'urine des herbivores. 234. — Epidémies périodiques. 235. — Nouveau procédé pour le traitement des fistules vésico-vaginales. 236. — Traitement de la fistule et de la tumeur lacrymale. — Trois mémoires par M. Ducros. — Anthropologie. 237. — Géologie fossile. — Structure des poumons. — Organographie végétale. 239.

Académie royale de médecine de Paris.

Séances des 8, 15, 22 et 31 juillet.

Identité de la fièvre typhoïde et du typhus. 240. — Tumeurs fibreuses. 242. — Fièvre typhoïde. 243. — Anatomie clastique. 246. — Fièvre typhoïde. 249. — Effets de la foudre. — Typhus. Epizootie. 253. — Climat de la France. 254.

NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

18. De la pellagre ; par M. le docteur *Théophile Roussel.* 255

MÉLANGES.

19. Note sur une nouvelle sonde destinée à l'alimentation des aliénés ; par M. le docteur *Leuret.* 267
20. Notice historique sur les bains chez les anciens et au moyen âge. 272

TABLE

DES MATIÈRES PAR ORDRE DE JOURNAUX. —156e VOLUME.

6e SÉRIE, TOME VIII. — AOUT 1845.

REPRODUCTION ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

JOURNAUX FRANÇAIS.

ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE (juillet 1845).

Chevallier. Note sur le commerce des sangsues et sur les fraudes nuisibles pratiquées dans la vente de ces annélides. 214

ANNALES DE THÉRAPEUTIQUE DE ROGNETTA (août 1845).

De la nature, du siége et des indications thérapeutiques de l'épilepsie. — Hôpital de la Salpêtrière. 82

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE (février, mai, juillet 1845.)

Guillot (Natalis). Recherches anatomiques et pathologiques sur les amas de charbon produits pendant la vie dans les organes respiratoires de l'homme. 45

Hélot. (J.). Du varicocèle et de sa cure radicale. 122

Guérin. Du traitement des fractures qui se consolident ordinairement d'une manière vicieuse. 144

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE (juill. et aout 1845).

Sandras. Sur le traitement des maladies scrofuleuses. 78

Civiale. Du choix d'un mode de traitement dans les cas graves d'affection calculeuse. — Accidents de la cystotomie sus-pubienne. 184

BULLETIN MÉDICAL DE BORDEAUX (mai 1845).

Mignot (P. de). De l'anxiodynie. 21

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (Nos 25, 27, 29, 30, 31, 34 et 35; 1845).

Toulmouche (A.). Quelques considérations sur l'incertitude des fonctions attribuées au cervelet et sur l'absence de symptômes ou signes propres à faire reconnaître, pendant la vie, les divers états maladifs de cet organe. 1

Bidault et *Arnoult*. Note sur l'épidémie de fièvre puerpérale qui a régné à l'Hôtel-Dieu, à l'Hôtel-Dieu-Annexe et à l'hôpital St-Louis, pendant les années 1843 et 1844. 107

Tavignot. De la névralgie ciliaire. 152

Mercier (L. A.). Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur les rétrécissements de l'urèthre. 163

Boys de Loury (J.) et *Costilhes* (H.). Recherches cliniques, faites à l'hôpital Saint-Lazare (maladies des femmes), sur les ulcérations du col de l'utérus, sur les chancres chroniques des parties génitales, les bubons, l'uréthrite, la vaginite, etc. 191

Leuret. Note sur une nouvelle sonde destinée à l'alimentation des aliénés. 267

GAZETTE DES HÔPITAUX (Nos 86; 1845).

Roux. Remarques cliniques sur les opérations autoplastiques en général, et en particulier sur la staphyloraphie, à propos d'une opération pratiquée par ce professeur. — Hôtel-Dieu. 135

JOURNAL DE MÉDECINE DE M. TROUSSEAU (mai, juillet, août 1845).

Trousseau. De l'asthme thymique dans ses rapports avec les convulsions. 38
Trousseau. Des indications de l'anémie. 71
Trousseau (A.) et *Delpech* (A.). Du muguet chez les enfants à la mamelle. 97
Roussel (Théophile). De la pellagre. 255

JOURNAL DE M. LARTIGUE (août 1845.)

Notice historique sur les bains chez les anciens et au moyen âge. 272